

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### CAMBIOS EN EL SEGUNDO NIVEL APELATIVO (RECONSIDERACIÓN)

Desde el 1 de enero de 2006, se reestructuró el segundo nivel del proceso apelativo, ahora conocido como **reconsideración**.

Este nivel (antes conocido como audiencia) se manejaba por el propio contratista de Medicare Parte B, pero con la nueva reestructuración, ahora se maneja a través de la organización **Quality Independent Contractor (QIC)**, la cual fue contratada por CMS para fungir como contratista independiente para los casos de reconsideración de la región de Puerto Rico e Islas Vírgenes.

Cont. en página 6

---

## We Are Glad You Asked!

### CHANGES IN THE SECOND APPEAL LEVEL (RECONSIDERATION)

Since January 1, 2006 the second level of the appeal process, now known as **reconsideration** (before known as Hearing) has been restructured.

This level was managed by Medicare Part B contractor but with the restructure, now it is managed by the Quality Independent Contractors (QIC). Q2Administrators was contracted by CMS to work as the **Quality Independent Contractor** handling the Reconsideration cases for Puerto Rico and US Virgin Islands.

Cont. on page 6



Emission Date: December 4, 2006 | Volume 88 / Oct., Nov., and December 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!

Cambios en el Segundo Nivel Apelativo (Reconsideración) .....	Portada y Pag. 6
Resultados de la Encuesta de Satisfacción .....	7

#### Proveedores fuera del Programa Medicare

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

#### Recursos de Información y Educación

Reclamaciones rechazadas por falta de información ..	9
Duplicados de remesas de pago e historiales de pago .....	12
Situaciones con pagos incorrectos (sobrepagos) ..	13
Denegaciones por diagnóstico .....	15
Necesita información de Medicare Parte-B .....	16
Directorio de Proveedores/Suplidores de Medicare Parte-B (MEDPARD) .....	17
Prima, Deducible y Coaseguro para el 2007 .....	18
Nuevos Contratistas que ayudarán a identificar fraude .....	22
Divulgación de información protegida en el Centro de Contacto .....	24
Requisitos adicionales para la implementación del formulario CSM-1500 .....	30

#### MAC A/B Boletín #1

Primer contrato para un Contratista Administrativo Medicare .....	34
---	----

#### HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	38
Actualización de códigos de categoría y códigos de estatus .....	41

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2006 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

## TABLA DE CONTENIDO - Cont.

### Política Médica

Salud Mental .....	43
Pago por servicios de evaluación y manejo provistos durante un periodo global .....	47
Corrección al código HCPCS (Caffeine Halothane Contracture) .....	49
Aclaración de los requisitos de facturación PTA .....	51
Cesantía del código HCPCS G0107 .....	52
Deducible no aplicable a la prueba exploratorio de cáncer colorectal .....	52
Pruebas psicológicas y neuropsicológicas .....	53
Cambios al módulo de éditos del NCD .....	59
Recordatorio - Medicare provee cobertura para pruebas de exploratoria de diabetes .....	67

### Políticas de Pago

Aclaración acerca de los días vigentes para que los contratistas ajusten reclamaciones .....	72
Actualización a los códigos de Agentes de Radiofármacos .....	72
Actualización trimestral de tarifas fijas 2006 para equipo médico .....	73
Tarifas DMEPOS equipo y suministro para el manejo de dolor .....	76
Actualización de octubre 2006 a la base de datos de tarifas fijas .....	77
Reducción de procedimientos múltiples y aplicación de un límite financiero al componente técnico .....	78

### Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Actualización anual del pago de bonos HPSA 2007 ...	79
---	----

### Medicamentos

Utilización transitoria de la opción de inventario y el modificador J2 .....	80
Determinaciones de cobertura de medicamentos ..	81
Programa CAP de medicamentos de la Parte-B .....	86
Archivo de pago trimestral de octubre de Precios Promedios de Venta .....	88

### Laboratorio

Demostración de licitación competitiva para laboratorios clínicos .....	95
---	----

### Aviso de Remesa

Fin del plan de contingencia .....	104
Actualización de los códigos de aviso y adjudicación de la remesa .....	106

### Centro de Enfermería Especializada

Correcciones al archivo de codificación de la facturación consolidada .....	107
---	-----

### Contrato

Proveedores Sancionados .....	108
Modificaciones a los éditos de requisitos del NPI ....	111
Guías importantes sobre el uso del NPI .....	112

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>Changes in the Second Appeal Level (Reconsideration)</i> .....	Cover page & Page 6
<i>Success with the Medicare Satisfaction Survey</i> .....	7

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

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

### Information and Education Resources

<i>Rejected Claims Due to the Lack of Information</i> .....	9
<i>Remittance Advice Duplicates and Payment Histories</i> .....	12
<i>Incorrect Payments (Overpayments)</i> .....	13
<i>Denials Due to Diagnosis</i> .....	15
<i>Need Information about Medicare Part-B?</i> .....	16
<i>Directory of Medicare Part-B Physicians/Suppliers (MEDPARD)</i> .....	17
<i>Premium, Deductible, and Coinsurance for 2007</i> ...	18
<i>New Contractors Help Identify Fraud in Medicare Part-D</i> .....	22
<i>Disclosure Desk Reference for Provider Contact Center</i> .....	24
<i>Additional Requirements Necessary to Implement the CMS-1500 Form</i> .....	30

### A/B MAC News #1

<i>A/B MAC News #1 - First Contract for Part-A/Part-B</i> .	34
---	----

### HIPAA

<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i> .....	38
<i>Claim Status Category Code and Claim Status Update</i> .....	41

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2006 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

## TABLE OF CONTENTS - Cont.

### Medical Policy

<i>Mental Health</i> .....	43
<i>Payment for Evaluation and Management Services</i>	47
<i>HCPCS Correction for the Caffeine Halothane</i> .....	49
<i>Clarification on Billing Requirements for PTA</i> .....	51
<i>Termination of HCPCS Code G0107</i> .....	52
<i>Psychological and Neuropsychological Tests</i> .....	53
<i>Changes to the NCD Edit Software</i> .....	59
<i>Reminder - Medicare Provides Coverage for Diabetes Screening Tests</i> .....	67

### Billing Policies

<i>Clarification Regarding Effective Dates for Carrier Claim Adjustments</i> .....	72
<i>Update of Radiopharmaceutical Imaging Agents Codes</i> .....	72
<i>October Quarterly Update for 2006 Durable Medical Equipment</i> .....	73
<i>DMEPOS Fees for Spinal Cord Stimulation</i> .....	76
<i>October Update to the 2006 Fee Schedule</i> .....	77
<i>Multiple Procedure Reduction and Payment CAP on the Technical Component</i> .....	78

### Health Professional Shortage Area (HPSA)

<i>2007 Annual Update HPSA Bonus Payment</i> .....	79
--	----

### Drugs

<i>Transitional Use of Medicare Part-B Drug CAP</i> .....	80
<i>Medicare Part-B versus Part-D Drug Coverage</i> .....	81
<i>Medicare Part-B Drug CAP Additions</i> .....	86
<i>October 2006 Quarterly ASP Drug Pricing</i> .....	88

### Laboratory

<i>Laboratory Competitive Bidding Demonstration</i> .....	95
---	----

### Remittance Advice

<i>Ending the Contingency Plan for Remittance Advice</i> .....	104
<i>Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment</i> .....	106

### Skilled Nursing Facility

<i>Correction to Skilled Nursing Facility Coding File</i> .	107
---	-----

### Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i> .....	108
<i>Modification of NPI Editing Requirements</i> .....	111
<i>Important Guidance Regarding NPI</i> .....	112

MOA-2006

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### DE LA PORTADA...

Dicha reconsideración deberá solicitarse por escrito y puede hacerse mediante el uso del formulario que se incluye en la carta de redeterminación del contratista o mediante una carta. Esta petición deberá enviarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de la redeterminación. Además, deberá incluir en su petición: su nombre, dirección, número de Medicare, razones para apelar la decisión del contratista y cualquier evidencia adicional que desee incluir.

Su petición de reconsideración deberá ser enviada a la siguiente dirección:

**Q2Administrators, LLC**  
Part B QIC South Operations  
PO Box 183092  
Columbus, Ohio 43218-3092

Recuerde que usted debe haber pasado por el proceso apelativo de redeterminación para luego solicitar una reconsideración, que es el primer nivel del proceso apelativo. Deseamos aclarar que la redeterminación continua bajo la jurisdicción del contratista de Medicare Parte B.

Si usted necesita más información o tiene alguna pregunta acerca del proceso apelativo, puede comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921, o visite nuestra página electrónica - **[www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)**.

## We Are Glad You Asked!

### FROM THE COVER PAGE...

*To request Reconsideration you should do so in writing by completing the form included with the Redetermination or via a letter. The provider has 180 days from the date of the Redetermination to request Reconsideration. Your request must include: your name, address, beneficiary Medicare number, reasons to appeal the contractor decision and any additional evidence that you wish to include.*

*Furthermore, it should be sent to the following address:*

*Remember that in order to request a Reconsideration you must have first completed the Redetermination process, which is the first level of the appeals process. Please note that the redeterminations remains under the Medicare Part B contractor's jurisdiction.*

*For additional information or questions concerning the appeal process, you can contact us at: 1-877-715-1921, or visit our website - **[www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)**.*

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN MEDICARE

Recibimos los resultados de la Encuesta Satisfacción del Proveedor con el Contratista Medicare (MCPSS por sus siglas en inglés) auspiciado por los Centros de Servicio para Medicare y Medicaid. Triple-S, Inc./Medicare obtuvo el cuarto lugar entre los contratistas de la Parte B de Medicare. Esta encuesta midió la satisfacción de los proveedores en varias áreas de servicio e incluyó a todos los contratistas a nivel nacional.

Áreas de Servicio <i>Service Areas</i>	Triple-S Inc.	Nivel Nacional <i>National Benchmark</i>
<b>Servicio al Cliente</b> <i>Provider Inquiries</i>	4.58%	4.56%
<b>Educación al Proveedor</b> <i>Provider Communication</i>	4.54%	4.40%
<b>Procesamiento de Reclamaciones</b> <i>Claims Processing</i>	4.79%	4.65%
<b>Proceso Apelativo</b> <i>Appeals Process</i>	4.34%	4.26%
<b>Inscripción del Proveedor</b> <i>Provider Enrollment</i>	4.87%	4.67%
<b>Revisión Médica</b> <i>Medical Review</i>	4.74%	4.58%
<b>Satisfacción en General</b> <i>Overall Satisfaction</i>	4.73%	4.62%

Les damos las gracias a esos proveedores que tomaron de su tiempo para participar de la encuesta. Nuestra meta es **¡Servirles Siempre!**, es por eso que les exhortamos a que participe de la encuesta del 2007. Mediante sus comentarios, nos percatamos de sus necesidades e incorporamos esas sugerencias, las cuales nos lleva a la Excelencia en Servicio.

## We Are Glad You Asked!

### SUCCESS WITH THE MEDICARE SATISFACTION SURVEY

We received the results of the Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS) run by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Triple-S/ Medicare ranked in fourth place among the Medicare Part B carriers. The survey measures provider satisfaction in various service areas and included all contractors at a national level.

We thank all those providers that took the time to participate of the survey. Our goal is to **Serve you Always!**, therefore we encourage participation in the 2007 survey. Through your comments, we are made aware of your needs and incorporate those suggestions that move us to excellence in service.

DG-Comm.11-06

## Proveedores fuera del Programa Medicare

### PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

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

## Opt-Out Providers from the Medicare Program

### MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

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

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

Rev. 09/12/2006/SS-moa



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### RECLAMACIONES RECHAZADAS POR FALTA DE INFORMACIÓN

El sistema de procesamiento de Medicare refleja cantidades significativas de reclamaciones rechazadas con el código de rechazo CO - 16, el cual significa que falta información necesaria para el proceso de la reclamación. Además, este código de rechazo lo acompaña el código de adjudicación MA130 que indica que se le requiere que someta una reclamación nueva. En otras palabras, cada vez que se le rechaza una reclamación con el CO -16 usted debe someter una reclamación nueva con la información que falta para poder recibir pago por los servicios.

Con el propósito de asistirle en el proceso de someter nuevamente estas reclamaciones, hemos preparado una tabla que le identifica las razones más frecuentes por la cual se rechaza una reclamación, además, de sugerencias que pueden servirle de ayuda para evitar estos rechazos. Es necesario que recuerde que su remesa de pago le ofrece a través de diferentes códigos de adjudicación (códigos MIA/MOA) la información necesaria para facturar correctamente la segunda vez que someta una reclamación para los servicios. Por ende, la siguiente tabla le incluye los códigos de adjudicación según le aparecen en la remesa de pago.

## Information and Education Resources for Providers

### REJECTED CLAIMS DUE TO THE LACK OF INFORMATION

*The Medicare processing system is reflecting a significant amount of claims rejected with the rejection code CO - 16 which means that the claim lacks information that is necessary in order to process it. In addition, this rejection code is accompanied by a MIA/MOA remark code MA130 that indicates that a new claim must be submitted. In other words, every time you receive a rejected claim with a CO -16 rejection code, you must re-submit the claim with the information that is missing in order for you to receive payment for the service(s) billed.*

*With the purpose of assisting you with the process of re-submitting these claims we have prepared a table that identifies the most frequent reasons why a claim is rejected, in addition to suggestions that can help you avoid such rejections. It is necessary that you remember that your Remittance Advice offers you the information necessary for you to bill correctly the second time you submit your claim with a different MIA/MOA remark code.*

Mensaje en la remesa de pago	Información que falta en la reclamación	Sugerencias
<i>Remittance Advice Remark Code</i>	<i>Information missing on the claim</i>	<i>Suggestions</i>
MA102	UPIN del proveedor que refiere* <b>*Nota: UPIN será reemplazado por el NPI a partir del 23 de mayo 2007)</b>	Servicios que requieren UPIN: consultas, radiologías, laboratorios, pruebas diagnósticas u equipo médico duradero. Por lo que debe indicar el UPIN en la reclamación.
	<i>UPIN of the referring physician*</i> <b>*Note: The UPIN will be replaced by the NPI as of May 23, 2007</b>	<i>Services that require a UPIN: consultations, radiology, laboratory, diagnostic tests, durable medical equipment. Therefore, the UPIN or NPI is required on the claim.</i>
MA112	Sufijo del proveedor en el grupo que prestó el servicio	El sufijo es la letra que identifica al médico dentro del grupo que prestó el servicio. Esta letra se tiene que incluir en la reclamación.
	<i>Suffix of the physician that rendered the service.</i>	<i>This is the letter that identifies which physician within the group rendered the service. This letter must always be included in the claim.</i>

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

## Information and Education Resources for Providers

Mensaje en la remesa de pago	Información que falta en la reclamación	Sugerencias
Remittance Advice Remark Code	Information missing on the claim	Suggestions
M78	Modificador inválido. Este rechazo se debe a la combinación incorrecta de procedimiento y modificador. Por ejemplo: 99245 (consulta) y modificador 50 (procedimiento bilateral).	Las listas de modificadores aparecen en el CPT o HCPCS con su descripción. Recuerden que algunos modificadores se utilizan para servicios de evaluación y manejo exclusivamente como el 24 (durante período global) o 25 (mismo día de la cirugía), mientras otros, como el modificador 50, se utilizan para indicar que un procedimiento es bilateral si la descripción del procedimiento no lo especifica. Por Ejemplo: 19318 (mamoplastía).
	<i>Invalid modifier. This rejection occurs when procedures and modifiers are combined incorrectly. For example: procedure code 99245 (consultation) and modifier 50 (bilateral procedure).</i>	<i>The Modifier list appears in the CPT o HCPCS with their corresponding description. Remember that some modifiers are used with evaluation and management services exclusively, like modifier 24 (during global period) or 25 (same day of the surgery), while others, such as modifier 50, are used to indicate that a procedure is bilateral if the description for the said procedure is not specific. For example procedure 19318 (mammoplasty).</i>
M51	Procedimiento inválido	El CPT se actualiza anualmente. Es importante verificar este manual para asegurar que el procedimiento no haya sido eliminado. Por ejemplo: los procedimientos 99261 – 99263 (consulta subsiguiente a paciente hospitalizado) se eliminaron el 1 de enero de 2006 y se notificó a través del artículo MLN 4215. CMS notifica la eliminación de códigos (procedimientos/ diagnósticos) a través de sus publicaciones. Por lo que es recomendable que se suscriba al LISTSERV de CMS o al nuestro a través de: <a href="http://www.cms.hhs.gov/apps/ mailinglists/">http://www.cms.hhs.gov/apps/ mailinglists/</a> o <a href="http://www.triples-med.org/webmedicare">http://www.triples-med.org/webmedicare</a> para recibir la información más reciente relacionada a los códigos.
	<i>Invalid procedure</i>	<i>The CPT is updated annually. It is important to always verify it in order to insure that the procedure has not been eliminated. For example: Codes 99261 – 99263 (inpatient subsequent consultation) was eliminated January 1, 2006 and notified in MLN 4215 In addition, CMS notifies when a procedure code has been eliminated through their publications; thus it is advisable to subscribe in either CMS's or our Listservs at: <a href="http://www.cms.hhs.gov/apps/ mailinglists/">http://www.cms.hhs.gov/apps/ mailinglists/</a> or <a href="http://www.triples-med.org/webmedicare">http://www.triples-med.org/webmedicare</a> in order to receive the most updated information regarding procedure codes.</i>
MA120	Número del Clinical Laboratory Improvement Amendment (CLIA) inválido	Este rechazo es más común entre los laboratorios clínicos y médicos que prestan servicios de laboratorios en sus oficinas. El CLIA se actualiza a través de SARAFS (Secretaría Auxiliar de Reglamentos y Acreditación de Facilidades de Salud) quienes envían esa información a CMS para actualizar nuestro sistema.
	<i>Invalid CLIA Number (Clinical Laboratory Improvement Amendment)</i>	<i>This rejection is common among clinical laboratories and physicians that render laboratory services in their office. The CLIA number is updated through the Department of Health and Human Services, who in turn, send the information to CMS so that our systems can be updated.</i>

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

## Information and Education Resources for Providers

Mensaje en la remesa de pago	Información que falta en la reclamación	Sugerencias
Remittance Advice Remark Code	Information missing on the claim	Suggestions
M76	Diagnóstico inválido	El ICD – 9 se actualiza anualmente. Es importante verificar este manual para asegurar que el diagnóstico no haya sido eliminado. También puede recibir notificación de las actualizaciones a través de las publicaciones CMS (Suscríbase a LISTSERV, refiérase a Procedimiento inválidos).
	<i>Invalid diagnostic</i>	<i>The ICD – 9 manual is updated annually. Please verify this manual in order to insure that the diagnosis has not been eliminated.</i>
N285/N286	Nombre del médico que refiere/médico primario	Una consulta es el tipo de servicio prestado por un médico cuya opinión o consejo relacionado a la evaluación y manejo de un problema específico es solicitado por otro médico. Por ende, no es auto referible.
	<i>The referring physician's/primary physician's name is missing.</i>	<i>A consultation is the type of services provided by a physician whose advice or opinion regarding an evaluation and management service of a specific problem is requested by another physician. Therefore, it can not be self-referred.</i>
4	Procedimiento no coincide con el modificador usado o no se indicó el modificador requerido	Algunos procedimientos requieren que se facturen con un modificador, al igual que otros se rechazan si se facturan con un modificador. Por ejemplo, los servicios de terapias se deben facturar con los modificadores GN (terapia del habla), GP (terapia física) y/o GO (terapia ocupacional) para señalar el tipo de terapia que se llevo a cabo. Por otro lado, el código 93000 (electrocardiograma) no se puede facturar con el modificador 26 (componente profesional) ya que la descripción del código indica que es el procedimiento completo.
	<i>The procedure does not coincide with the modifier used or the modifier required was not indicated.</i>	<i>Some procedures require that they be billed with a modifier while others can be rejected if billed with a modifier. For example: therapy services must be billed with modifiers GN (Speech therapy), GP (Physical therapy) or GO (occupational therapy). On the other hand, procedure code 93000 (electrocardiogram) can not be billed with modifier 26 (professional component) since the description indicates that this code (93000) represents the complete procedure.</i>
M77	Lugar de servicio inválido	La lista de códigos de lugar de servicios con sus descripciones aparece en el CPT.
	<i>Invalid place of service</i>	<i>The place of service code list is included in the CPT Manual with their respective description.</i>
MA76	Proveedor prestando servicios CPO (Care Plan Oversight) no indicó número de proveedor del HHA (Home Health Agency) u hospicio.	El número de proveedor de la agencia que le ofrece servicios al paciente de HHA u hospicio se requiere en la factura para validar que el paciente requiere este tipo de servicio. Para más información, tenemos disponible a través de nuestra página electrónica un curso en línea sobre este tema: <a href="http://www.triples-med.org/webmedicare/eventos/eventos/">http://www.triples-med.org/webmedicare/eventos/eventos/</a>
	<i>Provider rendering a CPO (Care Plan Oversight) service did not include the HHA (Home Health Agency) or the Hospice agency's provider number.</i>	<i>The agency provider number is required on the provider's claim in order to validate that the patient is receiving medical services through an HHA or Hospice program. For more information, a computer based training (CBT) regarding this topic is available on our website: <a href="http://www.triples-med.org/webmedicare/eventos/eventos/">http://www.triples-med.org/webmedicare/eventos/eventos/</a></i>

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### DUPLICADOS DE REMESAS DE PAGO E HISTORIALES DE PAGO

Queremos recordarle que a partir del 1 de octubre de 2006 se ha suprimido la distribución de remesas de pago en papel (SPR, según sus siglas en inglés). Esto se debe a que CMS desarrolló una aplicación que permite al proveedor/suplidor ver e imprimir la remesa de pago (RA, según sus siglas en inglés) del archivo (835) de pago/aviso de reclamaciones de servicios de salud MREP (Medicare Remit Easy Print). El documento que produce MREP es similar a lo que es actualmente el formato SPR. Esta aplicación le permite al proveedor/suplidor la opción de grabar la remesa de pago en su computadora de manera que pueda recrearla cuantas veces las necesite.

Aquellos proveedores que aún no tengan instalada la aplicación de MREP, pueden acceder nuestra página de Internet a la dirección **www.triples-med.org** y descargar ("download") el programa. Si usted no tiene Internet, podemos proveerle copia del mismo en un CD. Puede obtener su copia enviándonos una carta con un cheque por \$5.00 a nuestras oficinas para cubrir los costos de reproducción y envío.

También le informamos que vigente al 1 de diciembre de 2006 estaremos cobrando los duplicados de las remesas de pago e incrementando el cargo por generar historiales.

El costo por las remesas de \$5.00 y las mismas se estarán proveyendo en CD. En cuanto, a los historiales de pago el costo de los mismos será de \$10.00 y estos sólo serán provistos en CD. Es importante que al momento de solicitar el historial indiquen el periodo de tiempo que debe comprender el mismo.

Los cheques por los servicios antes descritos deberán hacerse pagaderos a Triple-S, Inc./ División Medicare.

## Information and Education Resources for Providers

### REMITTANCE ADVICE DUPLICATES AND PAYMENT HISTORIES

*We want to remind you that effective October 1, 2006; the distribution of standard remittance advices (SPR) was suppressed. Part of CMS rationale was the development of an application which allows the provider/supplier to view and print the remittance advice (RA) from 835 payment notice file (835) notice for health services claims, MREP (Medicare Remit Easy Print). The document produced by MREP is similar to the actual SPR format. This application allows to provider/supplier the option of saving the remittance advice in their personal computer, so that s/he can access it whenever needed.*

*Those providers who still have not installed the MREP application, can access our webpage at: **www.triples-med.org** and download the program. If you do not have access to Internet, we can provide you with a CD copy at a minimal cost. To obtain the CD copy, send your request with a check for \$5.00 to cover reproduction and mailing expenses to our offices.*

*Furthermore, we wish to inform you that effective to December 1, 2006 we will be placing a charge on both duplicates of remittance advice and increasing the fee for payment histories.*

*The cost for each remittance will be of \$5.00 and they will be provided in CD. In relation to payment histories the cost will be of \$10.00 and will also be provided only on CD. When requesting a payment history, please indicate the period for which the report should be made.*

*The checks for any of the services mentioned above should be for the exact amount and payable to Triple-S, Inc./Medicare Division.*

CR#5308/trans. 1063/9-22-06/rgg

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### SITUACIONES CON PAGOS INCORRECTOS (SOBREPAGOS)

Durante los pasados meses se ha observado una constante inquietud entre los proveedores de Medicare Parte B es concerniente a las situaciones donde reciben un pago en exceso o **sobre pago**.

Las situaciones más comunes donde un proveedor puede recibir un sobre pago son cuando:

1. Los pagos se basaron en cargos que exceden el cargo máximo establecido por CMS.
2. Hay duplicidad de reclamaciones. Esto es, el proveedor sometió la misma reclamación dos o tres veces en diferente momento.
3. Por un error involuntario del contratista (como por ejemplo, situaciones con algún édito del sistema de procesamiento de reclamaciones) se emite un pago incorrectamente.
4. Un servicio no cumple con los criterios establecidos de necesidad médica.
5. Se aplica incorrectamente el deducible o coaseguro. Un ejemplo de esta situación sería que el médico escribe incorrectamente el número de Medicare en la reclamación y el servicio es acumulado al deducible de otro beneficiario que no fue a quién se le prestó el servicio.
6. Se realizan pagos por servicios rendidos durante periodos de no Cubierta. Ejemplo, el beneficiario no esta acogido a la Parte B, el beneficiario se acogió a un plan Medicare Advantage.
7. Se realizan pagos primarios a Medicare por servicios donde otra entidad es el pagador primario. Esto es lo que conocemos como Medicare pagador secundario o MSP.
8. Se realizan pagos por servicios reclamados después de la fecha de muerte del Beneficiario.

## Information and Education Resources for Providers

### INCORRECT PAYMENTS (OVERPAYMENTS)

*A few doubts have arisen concerning situations where a Medicare Part B provider receives an incorrect payment, also known as **overpayment**.*

*The most common overpayment situations are when:*

1. *A service benefit has reached its established limit according to CMS.*
2. *Claim duplicity takes place. This is when the provider sends the same claim for more than one time.*
3. *An incorrect payment has been issue because an involuntary contractor error.*
4. *An incorrect payment has been issue for a non-covered item or service, including medically unnecessary services.*
5. *An incorrect application of the deductible or coinsurance has been made. An example of this situation could be when a physician submits the incorrect Medicare number and the service is applied to the wrong beneficiary.*
6. *Payments are issue for items or services rendered during a period of non-entitlement.*
7. *Payments are issue for items or services for which another entity is the primary payer.*
8. *Payments are issue for services with date of services that are after the beneficiaries date of death.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

9. Se cometen errores clericales o matemáticos, ejemplo de esto sería entrar el número incorrecto del beneficiario o proveedor, se documenta incorrectamente el procedimiento o la fecha de servicio.

Una vez el contratista determina que se le pagó incorrectamente al proveedor el/los servicios facturados, esta cantidad se convierte en una deuda. Por tanto, el contratista envía una carta de cobro donde se le notifica al proveedor la existencia de un pago indebido y a la vez se le solicita un reembolso del mismo.

La carta inicial de cobro le otorga 30 días al proveedor para saldar su deuda sin intereses. Al día 31, una segunda carta se envía notificando el balance, incluyendo el primer mes de interés. Los intereses se calculan desde la fecha inicial del cobro por cada periodo de 30 días. El porcentaje o tasa de interés de los cobros es determinado de acuerdo a las regulaciones promulgadas por el Secretario del Tesoro.

A partir de los 40 días después de la fecha inicial de la carta de cobro, si no se ha recibido pago, comienza la retención automática por sistema de los pagos a salir. Esta retención aparece en la remesa de pago con el código de aviso **WO** (retención de pago), en el área que indica la cantidad ajustada al proveedor.

Cuando el proveedor no puede rembolsar la totalidad del cobro dentro de los primeros 30 días, éste puede solicitar un plan de pago. Dicho plan se ofrece dependiendo de la cantidad de cobro hasta un máximo de 12 meses. Si el proveedor no puede saldar la deuda mediante el plan de pago de 12 meses éste puede solicitar un plan de pago extendido; donde la extensión no excederá los 36 meses. Es importante mencionar que esta extensión será otorgada siempre y cuando sea aprobada por la Oficina Regional de CMS.

En algunas circunstancias podemos evitar un sobre pago. Por lo tanto, es importante que siempre verifiquen la elegibilidad del beneficiario y los servicios que están cubiertos por Medicare. Recuerden que de necesitar más información acerca de un sobre pago pueden comunicarse al Centro de Información del Proveedor al 1-877-715-1921.

## Information and Education Resources for Providers

9. Clerical or mathematical errors occur, example of this situation will be when the beneficiary or provider number is submitted incorrectly, and when a procedure or date of service is submitted incorrectly.

Once an overpayment is found and a debt exists, the contractor sends a first demand letter to the provider notifying the debt and requesting a reimbursement. This initial letter gives the provider 30 days to pay off his/her debt without interests. A second letter is sent on the 31<sup>st</sup> day of notifying the balance, which includes the first month of interest.

The interests are calculated from the initial collection date for every 30 day period. The percentage or interest rates of the collections are determined according to the regulations proclaimed by the Secretary of Treasury.

If payment is not received by the 40<sup>th</sup> day after the date of the initial letter, our system will automatically withhold payments. This adjustment will appear on the Remittance Advice notice with remark code **WO** (payment with holding), indicating the adjusted amount.

In case the physician/supplier cannot refund the total overpayment within 30 days after receiving the first demand letter s/he can request a repayment plan, which should be requested immediately after receiving the aforementioned letter. The repayment plan is offered depending on the amount that needs to be collected up to a maximum of 12 months. If the provider can't pay off the debt through the 12 month repayment plan s/he can request an extended payment plan. This extended plan will not exceed 36 months and will require the approval of CMS' Regional Office.

Under some circumstances, overpayments can be avoided; therefore, it's important to always verify the beneficiaries' eligibility and the services covered by Medicare. Remember, that in case of needing more information concerning overpayments you can contact the provider information center by dialing: 1-877-715-1921.

Comm. Office-malicea/October 16, 2006

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### DENEGACIONES POR DIAGNÓSTICO

Durante los últimos meses hemos denegado una cantidad considerable de reclamaciones debido a que el diagnóstico de éstas ha sido eliminado de la determinación de cubierta local o nacional. Es bien importante que para evitar denegaciones se verifiquen los diagnósticos incluidos en las determinaciones de cubiertas del procedimiento facturado.

Recuerden que CMS define lo que es médicamente razonable y necesario a través de las determinaciones de cubierta local y nacional. El documento que describe bajo qué circunstancias los servicios son médicamente necesarios dentro de nuestra jurisdicción se conoce como la determinación de cubierta local (LCD's). Las LCD's se actualizan a discreción del contratista y las pueden conseguir a través de nuestra página electrónica: [www.triple-med.org](http://www.triple-med.org).

La determinación de cubierta nacional (NCD's) es el documento que describe bajo qué circunstancias Medicare considera un servicio médicamente razonable y necesario a través de toda la nación.

A diferencia de las LCD's, las NCD's se actualizan trimestralmente y las pueden conseguir a través de la página electrónica de CMS: [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov).

Todo tipo de servicio, ya sea médico, quirúrgico, o de laboratorio, entre otros; tiene una política médica la cual ha sido aprobada por CMS y que establece cuando este servicio se considera médicamente necesario. Le exhortamos a utilizar estas publicaciones para así disminuir el número de denegaciones y ustedes puedan recibir sus pagos rápidamente.

## Information and Education Resources for Providers

### DENIALS DUE TO DIAGNOSIS

*A considerable amount of claims has been denied due to eliminated diagnostics in the local and national coverage determinations. In order to avoid denials, it's very important to verify the diagnostics included on the coverage determinations of each billed procedure.*

*Remember that CMS defines what is medically reasonable and necessary through the local and national coverage determinations. The local coverage determinations (LCDs) are the documents that describe under what circumstances the services are medically necessary in our jurisdiction. The LCDs are updated based at the contractor's discretion and can be found on our website at: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org).*

*The National Coverage Determinations (NCDs) are the documents that describe under what circumstances CMS will consider a service medically reasonable and necessary throughout the nation.*

*Unlike LCD's, NCDs are updated quarterly and can be found at CMS website: [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov).*

*All types of medical services whether medical, surgical or of laboratories among other; have a medical policy which have been approved by CMS and establishes when the service is considered medically necessary. Therefore, we encourage all of you to use these publications in order to decrease the number of denied claims and receive payment faster.*

Comm. Office-malicea/10-26-06

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ¿NECESITA INFORMACIÓN DE MEDICARE PARTE-B?

A continuación encontrará una lista de los contactos que le pueden ofrecer información sobre Medicare Parte B.

## Information and Education Resources for Providers

### NEED INFORMATION ABOUT MEDICARE PART-B?

In the following list you will find all the Medicare Part B contact areas.

<p><b>Centro de información al proveedor</b> Este departamento maneja los servicios al proveedor; tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación / preguntas generales de Medicare</li> <li>- Información sobre estatus de reclamaciones</li> <li>- Información sobre elegibilidad del beneficiario</li> </ul> <p><b>Provider Contact Center</b> <i>This department handles all providers services such as:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Orientation and answers to general Medicare inquiries</i></li> <li>- <i>Information regarding claim status</i></li> <li>- <i>Information regarding beneficiary eligibility</i></li> </ul>	<p><b>1-877-715-1921</b></p>
<p><b>Departamento de facturación electrónica de Medicare</b> Esta unidad, también conocida como EMC (<i>Electronic Media Claims</i>), le provee a la comunidad médica orientación y asistencia para la facturación electrónica.</p> <p><b>Electronic Billing Department</b> <i>Through the electronic billing customer service line, also known as EMC (Electronic Claims Media), you can obtain orientation and assistance with issues regarding electronic billing of Medicare Part B claims.</i></p>	<p><b>(787) 749-4949 ext. 2381</b></p>
<p><b>Aplicación de facturación electrónica, Sistema Electrónico de Salud (SES)</b> SES Profesional es un programa desarrollado por Interactive Systems, Inc. para la facturación y transmisión de reclamaciones electrónicas de Triple-S y Medicare Parte B.</p> <p><b>SES Pro Program- SES Triple S, Inc.</b> <i>SES is a billing and communications program developed by Triple-S, Inc. /Interactive Systems.</i></p>	<p><b>(787) 749-4949 ext. 6773</b></p>

También puede conocer sobre las más recientes actualizaciones de Triple-S Medicare al igual que de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) accediendo nuestra página electrónica en el: <http://www.triples-med.org>

Si desea comunicarse con nosotros vía correo postal, puede enviarnos su correspondencia a la siguiente dirección:

**Triple-S, Inc. / Medicare Division**  
PO Box 71391  
San Juan PR 00936-1391

You can also find the most recent updates concerning Medicare Triple S likewise CMS and Medicaid visiting our website at: <http://www.triples-med.org>

If you wish to communicate with us via mail you can send your correspondence to the following address:



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### DIRECTORIO DE PROVEEDORES/ SUPLIDORES DE MEDICARE PARTE-B (MEDPARD)

La página electrónica de Triple S Medicare Parte B tiene disponible un directorio interactivo que les provee los números de teléfono y la dirección física de las oficinas de los proveedores de servicios médicos participantes del Programa Medicare Parte B en Puerto Rico e Islas Vírgenes EEUU.

¿Cómo podemos acceder a este directorio interactivo? Primero, accedemos a la página: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org), luego seleccionamos la pestaña de **proveedor**, bajamos hasta encontrar las **herramientas de búsqueda** que se encuentran en el lado izquierdo, ahí seleccionamos **directorio de proveedores**. El directorio de proveedores les ofrece dos maneras para localizar la información que necesita; puede seleccionar de una lista la especialidad del proveedor, o escribir el nombre o apellido de éste en el encasillado correspondiente.

Bajo este directorio pueden encontrar una lista de los **médicos Opt Out**, relevados de las obligaciones de someter facturas y limitarse en los cargos por los servicios que Medicare cubre (pueden entrar en contratos privados con los beneficiarios de Medicare). Además, con el propósito de proteger la salud y el bienestar de los beneficiarios de Medicare, nuestro directorio de proveedores incluye los **proveedores excluidos**, estos están excluidos de recibir fondos de Medicare por razones apoyadas en la competencia profesional, el desempeño profesional o en la integridad financiera. El directorio de proveedores también incluye una lista de los **proveedores reinstalados**, que son proveedores que alguna vez fueron excluidos del Programa Medicare Parte B y que al solicitar, la Oficina del Inspector General les otorga una reinstalación.

Les exhortamos a todos los proveedores de Medicare Parte B a que visiten y adopten como herramienta de trabajo nuestra página electrónica, en ella encontrarán información actualizada del programa Medicare.

Comm. Office/malicea/10-16-06

## Information and Education Resources for Providers

### DIRECTORY OF MEDICARE PART-B PHYSICIANS/ SUPPLIERS (MEDPARD)

*Triple S - Medicare Part B webpage has an interactive directory available that provides telephone numbers and physical addresses of Medicare Part B participating providers offices in Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands.*

*In order to access this interactive directory, first, you have to access our webpage at: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org) then select the **Provider** tab, scroll down to Search Tools on the left side of the screen and select **Provider's Directory**. There you will find two ways of locating the information needed; you may select from a list of provider specialties or write their name or last name in the blank fields.*

*Under this provider directory you may also find a list of **Opt-out Physicians**. These are physicians that do not wish to be participants of the Medicare Program but can enter in private contract with beneficiaries. In other words, they are released from their obligations concerning submission of claims and limits of charges for Medicare Part B covered services. In addition, with the purpose of protecting the health and welfare of Medicare beneficiaries our provider directory includes the **Excluded Providers**. These are the providers that are excluded from receiving Medicare funds for reasons bearing on professional competence, professional performance, or financial integrity. The Provider Directory also provides a list of **Reinstated Providers**. These are the providers that at some point were excluded from the Medicare Part B Program and when requested, the Office of the inspector General granted them to be reinstated.*

*We encourage all our Medicare providers to visit and adopt our web page as a valuable work tool, where you can find updated information of the Medicare Program.*

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ACTUALIZACIÓN DE LA APLICACIÓN COMPUTADORIZADA PARA LOS CARGOS DE LA PRIMA, EL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO DE MEDICARE PARA EL 2007

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la parte B de Medicare, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos DME de Medicare (DME MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo a los Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) y los Contratistas de la Parte A/B, por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5345, la cual anuncia los cargos de Medicare que entrarán en vigor en 2007 y provee instrucciones a los Contratistas de Medicare para que hagan las actualizaciones necesarias en sus respectivos sistemas de procesamiento de reclamaciones.

#### Trasfondo

Existen costos para los beneficiarios por utilizar ciertos servicios bajo las partes A y B de Medicare, típicamente por medio del pago de deducibles, copagos y primas. Los beneficiarios que hacen uso de servicios cubiertos bajo la Parte A pueden estar sujetos al pago de deducibles o coaseguros. El beneficiario es responsable del pago de cualquier deducible por hospitalización, el cual se deducirá de la cantidad pagadera por Medicare al hospital como parte de los servicios prestados a un paciente hospitalizado en el transcurso de un episodio de enfermedad.

Cuando un beneficiario recibe tales servicios por un periodo **mayor de 60 días** durante un episodio de enfermedad que requiere hospitalización, el beneficiario será responsable del pago de **un coaseguro equivalente a una cuarta parte** del deducible de hospitalización **por día**, para los días del **61 hasta el día 90** de esa hospitalización.

## Information and Education Resources for Providers

### APPLICATION UPDATE TO MEDICARE DEDUCTIBLE, COINSURANCE AND PREMIUM RATES FOR 2007

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare carriers, Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), Fiscal Intermediaries (FIs) including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), and Part A/B MACs for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5345 which announces the 2007 Medicare rates and instructs your Medicare contractors to make necessary updates to their claims processing systems.*

#### Background

*There are beneficiary-related costs for using certain services under Parts A and B of Medicare, typically in the form of deductibles, co-payments, and/or premium payments. Beneficiaries who use covered Part A services may be subject to deductible and coinsurance requirements. A beneficiary is responsible for an inpatient hospital deductible amount, which is deducted from the amount payable by the Medicare program to the hospital, for inpatient hospital services furnished in a spell of illness.*

*When a beneficiary receives such services for **more than 60 days** during a spell of illness, he or she is responsible for a **coinsurance amount equal to one-fourth** of the inpatient hospital deductible **per-day for the 61<sup>st</sup>-90<sup>th</sup> day** spent in the hospital.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Un individuo tiene una reserva de por vida de 60 días de cobertura (LRDs por sus siglas en inglés), los cuales el beneficiario puede escoger utilizar después de los 90 días durante el transcurso de un episodio de enfermedad. El coaseguro para esos LRDs es equivalente a la mitad del deducible de hospitalización.

Para servicios prestados en Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés) durante el transcurso de un episodio de enfermedad, el beneficiario será responsable del pago del coaseguro en una cantidad equivalente a una octava parte del deducible de hospitalización por día, para los días del 21 hasta el día 100.

La mayoría de los individuos **de 65 años o mayores**, y muchos **individuos discapacitados menores de 65 años**, disfrutan los beneficios de un seguro médico (**Health Insurance [HI]**) sin tener que pagar prima. La Ley de Seguro Social provee que ciertas personas mayores de edad o discapacitadas que no están aseguradas puedan suscribirse de manera voluntaria, pero estarán sujetas al pago de una prima mensual.

Desde 1994, los suscritores voluntarios podrían cualificar para beneficiarse del pago reducido de prima si tienen de 30-39 trimestres de empleo cubierto. Cuando ocurre la suscripción voluntaria más de 12 meses a partir de la fecha cuando esa persona era inicialmente elegible, se impondrá una penalidad de 10% por un periodo de 2 años por cada año que tardó en suscribirse en la Parte A.

Bajo el **Seguro Médico Complementario (SMI por sus siglas en inglés) o bajo la Parte B**, todas las personas suscritas están sujetas al pago de una prima mensual. La mayoría de los servicios SMI están sujetos a un deducible anual y a un coaseguro (un porcentaje de los costos que la persona suscrita debe pagar), los cuales son establecidos por estatuto. Cuando un beneficiario se suscribe en el SMI después de más de **12 meses del periodo inicial de suscripción inicial**, tendrá un **10% de aumento permanente en la prima** por cada año que el beneficiario pudo haberse suscrito y no lo hizo.

## Information and Education Resources for Providers

*An individual has 60 lifetime reserve days (LRDs) of coverage, which they may elect to use after the 90<sup>th</sup> day in a spell of illness. The coinsurance amount for these LRDs is equal to one-half of the inpatient hospital deductible.*

*For Skilled Nursing Facility (SNF) services furnished during a spell of illness, a beneficiary is responsible for a coinsurance amount equal to one-eighth of the inpatient hospital deductible per day for the 21<sup>st</sup> through the 100<sup>th</sup> day.*

*Most individuals **age 65 and older**, and many **disabled individuals under age 65**, are **insured for Health Insurance (HI) benefits without a premium payment**. The Social Security Act provides that certain aged and disabled persons who are not insured may voluntarily enroll, but are subject to the payment of a monthly premium.*

*Since 1994, voluntary enrollees may qualify for a reduced premium if they have 30-39 quarters of covered employment. When voluntary enrollment occurs more than 12 months after the date a person is initial eligibility to enroll, a 10 percent penalty is assessed for 2 years for every year they could have enrolled and failed to enroll in Part A.*

*Under **Supplementary Medical Insurance (SMI) or Part B**, all enrollees are **subject to a monthly premium**. Most SMI services are subject to an annual deductible and coinsurance (percent of costs that the enrollee must pay), which are set by statute. When SMI enrollment takes place more than **12 months after a person's initial enrollment period**, there is a permanent **10 percent increase in the premium** for each year the beneficiary could have enrolled and failed to enroll.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### Medicare Parte A para el 2007

Para el Año Calendario (CY por sus siglas en inglés) 2007, los siguientes cargos aplican para Deducibles, Coaseguros y Primas de la Parte A de Medicare:

<b>Deducible</b>	\$992.00 por periodo de beneficio.
<b>Deductible</b>	\$992.00 per benefit period.
<b>Co-aseguro</b>	\$248.00 diarios (días 61 al 90) en cada periodo. \$496.00 diarios (días 91 al 150) por cada día de la reserva de por vida utilizado. \$124.00 diarios en Centro de Enfermería Especializada (días 21 al 100) en cada periodo de beneficios.
<b>Coinsurance</b>	\$248.00 a day for days 61-90 in each period \$496.00 a day for days 91-150 for each LRD used \$124.00 a day in a SNF for days 21-100 in each benefit period
<b>Prima</b>	\$410.00 por mes (para aquellos que deben pagar una prima). \$451.00 por mes (para aquellos que deben pagar ambos; una prima y un aumento de 10 por ciento). \$226.00 por mes (para aquellos que tienen de 30 a 39 trimestres cubiertos). \$248.60 por mes (para aquellos que tienen de 30 a 39 trimestres cubiertos y deben pagar un aumento de 10 por ciento).
<b>Premium</b>	\$410.00 per month for those who must pay a premium \$451.00 per month for those who must pay both a premium and a 10 % increase \$226.00 per month for those who have 30-39 quarters of coverage \$248.60 per month for those who have 30-39 quarters of coverage and must pay a 10 % increase

### Medicare Parte B para 2007

Para el Año Calendario 2007, los siguientes cargos aplicarán para el Deducible de la Parte B de Medicare y el Coaseguro:

<b>Deducible</b>	\$131.00 por año
<b>Deductible</b>	\$131.00 per year
<b>Coaseguro</b>	20 por ciento
<b>Coinsurance</b>	20 percent

CMS actualiza las primas de la Parte B cada año. Estos ajustes se realizan de acuerdo a las fórmulas establecidas por estatuto. Por ley, la prima mensual de Parte B debe ser suficiente para cubrir el 25% del

## Information and Education Resources for Providers

### Medicare Part A for 2007

For Calendar Year (CY) 2007, the following rates are applicable for Medicare Part A Deductible, Coinsurance, and Premium amounts:

### Medicare Part B for 2007

For CY 2007, the following rates are applicable for Medicare Part B Deductible and Coinsurance :

CMS updates the Part B premium each year. These adjustments are made according to formulas set by statute. By law, the monthly Part B premium must be sufficient to cover 25 percent of the program's costs, including the

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

costo del programa, incluyendo los costos de mantener una reserva para aumentos imprevistos en los gastos. El gobierno federal paga el 75% restante.

A continuación se detallan los montos de las primas Parte B del Año Calendario (CY) 1996 al 2006. Para estos años, y los años previos al 1996, la prima de Parte B es una tarifa única establecida para todos los beneficiarios.

Año Year	Prima Parte B Part B Premium	Año Year	Prima Parte B Part B Premium	Año Year	Prima Parte B Part B Premium
1996	\$42.50	2000	\$45.50	2004	\$66.60
1997	\$43.80	2001	\$50.00	2005	\$78.20
1998	\$43.80	2002	\$54.00	2006	\$88.50
1999	\$45.50	2003	\$58.70		

Comenzando el 1 de enero de 2007, la prima de Parte B se basará en el ingreso del beneficiario. A continuación se detallan los **Costos de las Primas de la Parte B basado en los parámetros de los ingresos del beneficiario** para el año calendario 2007.

Parámetros de Ingreso para Determinar la Prima de la Parte B <i>Income Parameters for Determining Part B Premium</i>		
Prima/mensual <i>Premium/month</i>	Ingreso Individual <i>Individual Income</i>	Ingreso Combinado (Casado) <i>Combined Income (Married)</i>
\$93.50	\$ 80,000.00 or less	\$160,000.00 or less
\$105.80	\$ 80,000.01 - \$100,000.00	\$160,000.01 - \$200,000.00
\$124.40	\$100,000.01 - \$150,000.00	\$200,000.01 - \$300,000.00
\$142.90	\$150,000.01 - \$200,000.00	\$300,000.01 - \$400,000.00
\$161.40	\$200,000.01 or more	\$400,000.01 or more

### Implementación

La fecha de implementación del CR5345 es el 2 de enero de 2007.

### Información Adicional

Para más detalles, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista, DMERC, DME MAC, Intermediario, RHHL, o MAC A/B sobre este cambio. Puede ver esta instrucción en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R41GI.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

costs of maintaining a reserve against unexpected spending increases. The federal government pays the remaining 75 percent. Below are the annual Part B premium amounts from Calendar Year (CY) 1996 to 2006. For these years, and years prior to 1996, the Part B premium is a single established rate for all beneficiaries.

Beginning on January 1, 2007, the Part B premium will be based on the income of the beneficiary. Below are the CY 2007 **Part B premium amounts based on beneficiary income parameters**.

### Implementation

The implementation date for CR5345 is January 2, 2007.

### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier, DMERC, DME MAC, intermediary, RHHL, or A/B MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R41GI.pdf> on the CMS web site.

For more information, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5345 / Trans: R41GI / CR # 5345 / 10-30-06 / mlv rrc

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### NUEVOS CONTRATISTAS QUE AYUDARÁN A IDENTIFICAR FRAUDE EN EL NUEVO PROGRAMA DE COBERTURA PARA RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE PARTE D

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

Le invitamos a que aprenda más sobre las funciones de MEDIC Norte accedando desde el 1 de diciembre de 2006, nuestra página electrónica en la siguiente dirección: <http://www.edssafeguardservices.edsgov.com/>.

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

- Situaciones donde al recetador se le ofrecen pagos para escribir recetas de ciertos medicamentos o productos.
- Situaciones en donde el proveedor escribe recetas para medicamentos que no son necesarios, muchas veces en cantidades masivas y muchas veces para pacientes que no son de ellos.
- Situaciones donde el recetador falsifica información (no consistente con el expediente médico) sometida a una autorización previa o se omite un formulario para justificar cobertura.

## Information and Education Resources for Providers

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

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

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

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

- *Situations where the prescriber is offered or paid to write prescriptions for certain drugs or products.*
- *Situations known where the provider writes prescriptions for drugs that are not medically necessary, often in mass quantities, and often for patients that are not theirs.*
- *Situations where the prescriber falsifies information (not consistent with medical record) submitted through a prior authorization or other formulary oversight mechanism in order to justify coverage.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Robar el número de DEA del recetador o su recetario. Esta información puede ser utilizada ilegalmente para escribir recetas de medicamentos controladas u otras drogas.
- Sospechas de relaciones inapropiadas entre farmacéuticas manufactureras y proveedores que pueden incluir:
  - Arreglos por intercambios, cuando el fabricante le ofrece al proveedor pagos en efectivo u otros beneficios cada vez que la receta del paciente cambia de un producto manufacturado por una farmacéutica a un producto manufacturado por la competencia.
  - Incentivos ofrecidos a proveedores con el propósito de prescribir medicinas médicamente innecesarias.
  - Promociones ilegales para uso de medicamentos fuera de etiqueta a través de mercadeo, incentivos financieros u otras compañías de promoción
  - Proveer muestras gratis a los médicos con conocimiento y esperando que estos médicos facturen a los programas federales de salud por estas muestras.

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

## Information and Education Resources for Providers

- *Theft of prescriber's DEA number or prescription pad. This information could illegally be used to write prescriptions for controlled substances or other medications.*
- *Suspicious of inappropriate relationships between pharmaceutical manufacturers and physicians that may include:*
  - *"Switching" arrangements, when manufacturers offer physicians cash payments or other benefits each time a patient's prescription is changed to the manufacturer's product from a competing product.*
  - *Incentives offered to physicians to prescribe medically unnecessary drugs.*
  - *Illegal promotion of off-label drug usage through marketing, financial incentives, or other promotion campaigns.*
  - *Providing free samples to physicians knowing and expecting those physicians to bill the federal health care programs for the samples.*

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

RG-EDS/10-29-06

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA EN EL CENTRO DE CONTACTO PARA PROVEEDORES

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores que facturan a Medicare.

#### Acción Necesaria del Proveedor

Cuando usted llama o escribe al Centro de Contacto para Proveedores (PCC por su siglas en inglés) del Medicare tradicional en solicitud de información de salud protegida, el personal de PCC cumpliendo con los requisitos del Acta de Privacidad de 1974 y la Regla de Privacidad de HIPAA verificarán su identidad antes de divulgar la información.

El CR# 5089 revisó el *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual*, Capítulo 3 Sección 30 y el Capítulo 6, Sección 80 para actualizar las guías que el PCCS usa para autenticar a los proveedores que llaman o escriben en solicitud de información de salud protegida del beneficiario y para aclarar la información que ellos puedan divulgar luego de verificar la autenticidad del indagador.

Prepárese a suministrar la información de autenticidad cuando requiera información de salud protegida del PCC.

#### Trasfondo

Con el fin de proteger la privacidad de los beneficiarios de Medicare y para cumplir con los requisitos de la ley de Privacidad de 1974 y la ley Regla de Privacidad de HIPAA, el personal de servicio al cliente de PCCs en Medicare debe verificar la identidad del personal de los proveedores que llaman o escriben para requerir información de salud protegida del beneficiario, antes de revelársela al que la solicita.

## Information and Education Resources for Providers

### DISCLOSURE DESK REFERENCE FOR PROVIDER CONTACT CENTERS

#### Provider Types Affected

*All physicians, providers, and suppliers billing Medicare*

#### Provider Action Needed

*When you call or write a Medicare fee-for-service provider contact center (PCC) to request beneficiary protected health information, the PCC staff, in order to comply with the requirements of the Privacy Act of 1974 and the Health Insurance Portability and Accountability Act, will authenticate your identity prior to disclosure.*

#### What You Need to Know

*CR5089 revises Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual, Chapter 3, Section 30, and Chapter 6, Section 80, to update the guidance to PCCs for authenticating providers who call or write to request beneficiary protected health information, and to clarify the information they may disclose after authentication.*

*Be prepared to supply the required authentication information when contacting a PCC to request protected health information.*

#### Background

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

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

El CR#5089, de donde se obtiene este artículo, revisa completamente la Sección 30 en el Capítulo 3 y la Sección 80 en el Capítulo 6 del Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual (Publicación 100-9). Actualiza el PCC Disclosure Desk Reference, cuyo propósito principal es el proteger la privacidad de los beneficiarios de Medicare al asegurar que la información de salud protegida se divulgue a proveedores solamente cuando proceda, e incluye:

- Instrucciones para verificar la autenticidad de proveedores que llaman o escriben para solicitar información de salud protegida; y
- Aclaración de la información que pueda ser revelada luego de comprobar la autenticidad del que escribe o llama.

Por favor note que aunque se añadieron nuevas subsecciones a cada capítulo o sección esto refleja reformas y una revisión de la información existente en vez de nuevos requerimientos.

A continuación las instrucciones sobre autenticidad que los PCC estarán usando:

### Preguntas por Teléfono

#### Autenticidad del Proveedor

**Preguntas por Teléfono a Representantes de Servicio al Cliente** – Hasta el 22 de mayo de 2007, Representantes de Servicio al Cliente (CSR por sus siglas en inglés) verificarán la autenticidad del proveedor utilizando el nombre y número de proveedor.

**Sistema Automático de Respuesta (IVR)** - Hasta el 22 de mayo de 2007 los IVRs verificarán la autenticidad de proveedores utilizando su número de proveedor.

**Nota:** Vea la nota final abajo para aprender más acerca de la autenticidad de proveedores después del 22 de mayo de 2007.

### Preguntas Escritas

#### Autenticidad del Proveedor

Hasta el 22 de mayo de 2007, para consultas escritas, los PCCs verificarán la autenticidad de los proveedores utilizando el número y nombre del proveedor.

## Information and Education Resources for Providers

*CR5089, from which this article is taken, completely revises Section 30 in Chapter 3 and Section 80 in Chapter 6 of the Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual (Publication 100-9). It updates the PCC Disclosure Desk Reference, the main purpose of which is to protect the privacy of Medicare beneficiaries by ensuring that protected health information is disclosed to providers only when appropriate, to include:*

- *Guidance for authenticating providers who call or write to request beneficiary protected health information; and*
- *Clarification of the information that may be disclosed after authentication of writers and callers.*

*Please note that while new subsections have been added to each chapter/section, this reflects reformatting and revision of existing information rather than new requirements.*

*Below is the authentication guidance that the PCCs will be using:*

### **Telephone Inquiries**

#### Provider Authentication

**CSR Telephone Inquiries** - Through May 22, 2007, Customer Service Representatives (CSR) will authenticate providers using provider number and provider name.

**Interactive Voice Response (IVR) Telephone Inquiries** - Through May 22, 2007, IVRs will authenticate providers using only the provider number.

**Note:** See “Final Note” below to learn more about provider authentication after May 22, 2007.

### **Written Inquiries**

#### Provider Authentication

*Through May 22, 2007, for written inquiries, PCCs will authenticate providers using provider number and provider name.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

**Nota:** Vea “Nota Final” debajo para aprender más acerca de la autenticidad del proveedor después del 22 de mayo de 2007.

En este momento, existen unos detalles específicos acerca de la autenticidad del proveedor a través consultas escritas de los cuales usted debe estar al tanto.

Existe una excepción para el requisito de autenticidad en consultas escritas. Una pregunta recibida en el membrete oficial del proveedor (inclusive mensajes electrónicos con anejos en papel con membrete) cumplirá con los requisitos de autenticidad para el proveedor (no se requiere número de identificación del proveedor) si el nombre y la dirección del proveedor se incluyen en el membrete y claramente establece la identidad del proveedor.

Además, si el membrete tiene varias direcciones, se considera que se cumple con la autenticidad en la medida en que una de las direcciones sea igual a la que Medicare tiene en sus archivos para ese proveedor. Por lo tanto, asegúrese de que sus preguntas escritas contienen todas las localidades de práctica del proveedor, o utilice el membrete con la dirección que tiene Medicare en sus archivos correspondiente a usted.

También note por favor, que preguntas sometidas vía fax con el membrete del proveedor se considerarán como preguntas escritas y están sujetas a los mismos requisitos de autenticidad como las que se reciben por correo regular. No obstante, lo sometido por fax o por correo electrónico, aunque todos los elementos de autenticidad estén presentes el PCC no enviará por fax o correo electrónico, la respuesta para usted.

Por el contrario, ellos le enviarán la información solicitada por correo regular, o le responderán por teléfono. Para cualquiera de estos métodos de respuestas, o si ellos eligen enviarle un mensaje electrónico (que no contenga información específica del beneficiario), ellos le recordarán que dicha información no puede ser revelada electrónicamente vía correo electrónico o fax, y que en el futuro, usted debe enviar la pregunta por escrito a través del correo regular o utilizar el IVR para información específica del beneficiario.

## Information and Education Resources for Providers

**Note:** See “Final Note” below to learn more about provider authentication after May 22, 2007.

*At this point, there are some specific details about provider authentication in written inquiries of which you should be aware.*

*There is one exception for the requirement to authenticate a written inquiry. An inquiry received on the provider’s official letterhead (including e-mails with an attachment on letterhead) will meet provider authentication requirements (no provider identification number required) if the provider’s name and address are included in the letterhead and clearly establish the provider’s identity.*

*Further, if multiple addresses are on the letterhead, authentication is considered met as long as one of the addresses matches the address that Medicare has on record for that provider. Thus, make sure that your written inquiries contain all provider practice locations or use the letterhead that has the address that Medicare has on record for you.*

*Also, please note that requests submitted via fax on provider letterhead will be considered to be written inquiries and are subject to the same authentication requirements as those received in regular mail. However, for such fax (and also for e-mail) submissions, even if all authentication elements are present, the PCC will not fax or e-mail their responses back to you.*

*Rather, they will send you the requested information by regular mail, or respond to these requests by telephone. In either of these response methods, or if they elect to send you an automated e-mail reply (containing no beneficiary-specific information), they will remind you that such information cannot be disclosed electronically via email or fax and that, in the future, you should send a written inquiry through regular mail or use the IVR for beneficiary-specific information.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Y por último, preguntas recibidas sin membrete, incluyendo la copia en papel, fax, correo electrónico, formularios pre-impresos, preguntas escritas en Remesas de Pago (RAs) o Resumen de Noticias de Medicare (MSNs) se autenticarán igual que las escritas (como antes expuesto) utilizando el nombre y número de proveedor.

### Solicitudes con Información Insuficiente o No Exactas

Usted debe entender que para cualquier pedido de información de salud protegida en la cual el PPC determina que los elementos de autenticidad son insuficientes o no exactos, usted tendrá que proveer data completa y exacta antes de que se le pueda liberar la información.

Dichos pedidos que se someten por escrito y aquellos a través de formulario pre-impresos, serán devueltos en su totalidad por correo regular, con una nota indicando que la información solicitada será suministrada luego de que se sometan todos los elementos de autenticidad. La nota señalará los elementos que faltan o no concuerdan con el expediente de Medicare.

Si usted envía la petición por correo electrónico (sin información protegida de salud) el PCC le contestará por correo electrónico, o elegirá responder por teléfono para obtener los elementos de autenticidad restantes.

### Autenticidad del Beneficiario

Independientemente del tipo de indagación telefónica (CSR o IVR) o por escrito, los PCCs verificarán la autenticidad de los siguientes cuatro elementos antes de divulgar cualquier información del beneficiario:

1. Apellido
2. Primer nombre o inicial
3. Número de Reclamación asignado por Medicare (HICN por sus siglas en inglés)
4. Fecha de Nacimiento (elegibilidad, próxima fecha elegible, certificado de necesidad médica (CMN) Contratista Administrativo de Medicare de Equipo Médico Duradero, Forma de Información (DIF) [pre-reclamación] o fecha de servicio (nivel de la reclamación, CMN/DIF [posterior a la reclamación]).

## Information and Education Resources for Providers

*And lastly, inquiries received without letterhead, including hardcopy, fax, e-mail, pre-formatted inquiry forms, or inquiries written on Remittance Advice (RAs) or Medicare Summary Notices (MSNs), will be authenticated the same as written inquiries, (explained above) using provider name and the provider number.*

### Insufficient or Inaccurate Requests

*You should also understand that for any protected health information request in which the PCC determines that the authentication elements are insufficient or inaccurate, you will have to provide complete and accurate input before the information will be released to you.*

*Such requests that are submitted in written form and those on pre-formatted inquiry forms, will be returned in their entirety by regular mail, with a note stating that the requested information will be supplied upon submission of all authentication elements, and identifying which elements are missing or do not match the Medicare record.*

*Alternatively, if you sent the request by e-mail (containing no protected health information), the PCC may return it by e-mail, or may elect to respond by telephone to obtain the rest of the authentication elements.*

### Beneficiary Authentication

*Regardless of the type of telephone inquiry (CSR or IVR) or written inquiry, PCCs will authenticate four beneficiary data elements before disclosing any beneficiary information:*

1. Last name;
2. First name or initial;
3. Health Insurance Claim Number; and
4. Either date of birth (eligibility, next eligible date, Certificate of Medical Necessity (CMN)/ Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractor Information Form (DIF) [pre-claim]) or date of service (claim status, CMN/DIF [post-claim]).

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Por favor refiérase a las tablas emitidas con el CR# 5089 para instrucciones específicas relacionadas a estos elementos de data al igual que a detalles de la información del beneficiario que se proveerá como resultado de indagaciones auténticas. El CR#5089 se puede acceder en <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R16COM.pdf> en el portal de CMS.

### Situaciones Especiales

A continuación presentamos tres ejemplos especiales de los cuales debe saber:

#### Reclamaciones con Fechas que Coinciden

Reclamaciones que coinciden (múltiples reclamaciones con fechas de servicio o período de facturación igual o similar) ocurre cuando una fecha de servicio o período de facturación coinciden con otro, indicando que uno o el otro puede estar incorrecto.

A veces, esto sucede cuando el proveedor esta buscando el evitar que se le rechace una reclamación, por ejemplo:

- Cuando algunos Centros de Enfermedad Renal Terminal prefieren obtener la información de una hospitalización antes de facturar el pago por capita mensual, permitiendo esto al centro codificar apropiadamente y facturar correctamente entre la estadía o estadías del paciente.
- Servicios en Centros de Enfermería Especializada y Estadías Hospitalarias

Estas situaciones caen en la categoría de divulgación de información necesaria para facturar apropiadamente, y la información puede ser liberada en la medida que todos los elementos de autenticidad se tomen en consideración.

#### Reclamaciones Pendientes

Una reclamación pendiente es aquella que está en proceso de adjudicación, o ha sido procesada y está pendiente de pago. Los representantes de Servicio al Cliente pueden proveer información acerca de reclamaciones pendientes, incluso número de Control Interno (ICN), fecha de pago, cantidad o denegación, en la medida de que se hayan reunido todos los elementos de autenticidad.

## Information and Education Resources for Providers

*Please refer to the disclosure charts attached to CR5089 for specific guidance related to these data elements as well as details on the beneficiary information that will be made available in response to authenticated inquiries. CR5089 is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R16COM.pdf> on the CMS web site.*

### Special Instances

*Below are three special instances that you should know about.*

#### Overlapping Claims

*Overlapping claims (multiple claims with the same or similar dates of service or billing period) occur when a date of service or billing period conflicts with another, indicating that one or the other may be incorrect.*

*Sometimes this happens when the provider is seeking to avoid have a claim be rejected, for example:*

- *When some End State Renal Disease (ESRD) facilities prefer to obtain the inpatient hospital benefit days for the month, prior to the ESRD monthly bill being generated, thus allowing the facility to code the claim appropriately and bill around the inpatient hospital stay/stays; or*
- *Skilled nursing facility and inpatient hospital stays.*

*These situations fall into the category of disclosing information needed to bill Medicare properly, and information can be released as long as all authentication elements are met.*

#### Pending Claims

*A pending claim is one that is being processed, or has been processed and is pending payment. CSRs can provide information about pending claims, including Internal Control Number (ICN), pay date/ amount or denial, as long as all authentication requirements are met.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

No obstante, los proveedores deben notar que hasta que el pago o remesa de pago no se emita la información que se provee puede cambiar.

### Beneficiarios Fallecidos (Fenecidos)

Aunque el Acta de Privacidad de 1974 no aplica a beneficiarios muertos, la Regla de Privacidad de HIPAA en relación a información de salud protegida aplica a individuos, vivos y fenecidos. Por lo tanto, los PCCs cumplirán con los requisitos de autenticidad al responder a las preguntas para información relacionada a beneficiarios fallecidos.

**Nota Final:** Se proveerá más información en un próximo artículo de MLN Matters acerca de la autenticidad a partir del 23 de mayo de 2007, la fecha de implementación para el Identificador Nacional del Proveedor o NPI.

### Información Adicional

Usted puede encontrar información adicional acerca de las guías para Centros de Contacto para Proveedores al acceder a <http://www.cms.hhs.gov/downloads/R16COM.pdf> en el portal de CMS.

Adjunto a ese CR usted encontrará el Contractor Beneficiary y Provider Communications Manual (publicación 100.9), Capítulo 3 (Servicio al Proveedor), Sección 30 (Divulgación de Información); y Capítulo 6 (Programa de Servicio al Cliente para Proveedor), Sección 80 (Divulgación de Información).

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

## Information and Education Resources for Providers

*Providers should note, however, that until payment is actually made or a remittance advice is issued, the information provided could change.*

### Deceased Beneficiaries

*Although the Privacy Act of 1974 does not apply to deceased individuals, the HIPAA Privacy Rule concerning protected health information applies to individuals, both living and deceased. Therefore, PCCs will comply with authentication requirements when responding to requests for information related to deceased beneficiaries.*

**Final note:** *More information will be provided in a future MLN Matters article about authentication on and after May 23, 2007, the implementation date for the National Provider Identifier or NPI.*

### Additional Information

*You can find more information about Provider Contact Center guidelines concerning authentication by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R16COM.pdf> on the CMS web site.*

*Attached to that CR, you will find the updated Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual (Publication 100.09), Chapter 3 (Provider Inquiries), Section 30 (Disclosure of Information); and Chapter 6 (Provider Customer Service Program), Section 80 (Disclosure of Information).*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

CR5089/July 21, 2006/CR Trans. #R16COM/IMP-DG

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### REQUISITOS ADICIONALES NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL FORMULARIO REVISADO DE LA RECLAMACION DE SEGUROS DE SALUD (CMS-1500)

**NOTA:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 13 DE OCTUBRE DE 2006 PARA REFLEJAR QUE ES NECESARIO INDICAR EL **NPI APROPIADO** EN CIERTOS CAMPOS DE INFORMACIÓN EN EL FORMULARIO CMS-1500. PREVIAMENTE, EL ARTÍCULO ESTABLECÍA, INCORRECTAMENTE, QUE SE DEBÍA INDICAR EL **NPI** DEL PROVEEDOR QUE FACTURA. EL RESTO DE LA INFORMACIÓN PERMANECE IGUAL.

#### Proveedores Afectados

Médicos y suplidores que utilizan el Formulario CMS-1500 para facturar servicios a los Contratistas de la Parte B de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés).

#### Puntos Clave

- Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están implementando el uso del formulario revisado CMS-1500, el cual permite que se reporte el NPI.
- La versión del Formulario CMS-1500 (08-05) tendrá vigencia el 1 de enero de 2006, pero no será obligatorio utilizarlo hasta el 2 de abril de 2007.
- Durante el periodo de transición, habrá un periodo que permitirá el uso de cualquiera de los dos formularios, el actual y el revisado.
- La diferencia principal entre el Formulario CMS-1500 (08-05) revisado y el formulario CMS-1500 anterior es que provee **campos divididos para identificar a proveedores**.
- Los campos divididos le permiten reportar el NPI en los campos rotulados como **NPI**, y el número legado (“legacy number”) correspondiente en el bloque sin rotular sobre cada campo del NPI.

## Information and Education Resources for Providers

### ADDITIONAL REQUIREMENTS NECESSARY TO IMPLEMENT THE REVISED HEALTH INSURANCE CLAIM FORM CMS-1500

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON OCTOBER 13, 2006, TO REFLECT THAT THE **APPROPRIATE NPI** MUST BE ENTERED IN CERTAIN FIELDS ON FORM CMS-1500. PREVIOUSLY, THE ARTICLE INCORRECTLY STATED THE NPI OF THE BILLING PROVIDER. ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

#### Provider Types Affected

*Physicians and suppliers who bill Medicare carriers including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) for their services using the Form CMS-1500.*

#### Key Points

- *The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is implementing the revised Form CMS-1500, which accommodates the reporting of the National Provider Identifier (NPI).*
- *The Form CMS-1500 (08-05) version will be effective January 1, 2007, but will not be mandated for use until April 2, 2007.*
- *During this transition time there will be a dual acceptability period of the current and the revised forms.*
- *A major difference between Form CMS-1500 (08-05) and the prior form CMS-1500 is the **split provider identifier fields**.*
- *The split fields will enable NPI reporting in the fields labeled as **NPI**, and corresponding legacy number reporting in the unlabeled block above each NPI field.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Habrá un período de tiempo durante el cual se aceptará el uso de ambas versiones del Formulario CMS-1500 (versiones 08-05 y 12-90). El período de aceptación de ambos Formularios CMS-1500 será como se menciona a continuación:

<b>2 de enero de 2007 – 30 de marzo de 2007</b>	Los proveedores podrán utilizar cualquiera de los Formularios CMS-1500 (versión actual 12-90 o 08-05 revisada). Nota: Los planes de salud, centros de facturación y otros suplidores de apoyo en sistemas de información, deben estar preparados para manejar y aceptar el formulario revisado CMS-1500 (08-05) para el 2 de enero de 2007.
<b>January 2, 2007 – March 30, 2007</b>	<i>Providers can use either the current Form CMS-1500 (12-90) version or the revised Form CMS-1500 (08-05) version. Note: Health plans, clearinghouses, and other information support vendors should be able to handle and accept the revised Form CMS-1500 (08-05) by January 2, 2007.</i>
<b>2 de abril de 2007</b>	Se discontinuará el uso de la versión actual del formulario CMS-1500 (12-90); solamente se aceptará el uso del formulario revisado CMS-1500 (08-05). Nota: A partir de esta fecha, todas las reclamaciones de que se vuelva a someter tendrán que utilizar el formulario revisado CMS-1500 (08-05), aún cuando originalmente se sometieron en el formulario CMS-1500 (12-90).
<b>April 2, 2007</b>	<i>The current Form CMS-1500 (12-90) version of the claim form is discontinued; only the revised Form CMS-1500 (08-05) is to be used. Note: All rebilling of claims should use the revised Form CMS-1500 (08-05) from this date forward, even though earlier submissions may have been on the current Form CMS-1500 (12-90).</i>

## Information and Education Resources for Providers

- *There will be a period of time where both versions of the CMS-1500 will be accepted (08-05 and 12-90 versions). The dual acceptability timeline period for Form CMS-1500 is as follows:*

### Trasfondo

El Formulario CMS-1500 es uno de los formularios básicos aprobados por CMS para el programa de Medicare. Solamente se acepta de parte de médicos y suplidores que están excluidos del requisito de someter transacciones electrónicas, según se establece en el *Administrative Simplification Compliance Act, Public Law 107-105 (ASCA)*, y la regulación 42 CFR 424.32. El formulario CMS-1500 se está revisando para permitir el uso del NPI.

Note que una estipulación en la legislación de la Ley HIPAA provee un año adicional para que los planes de salud pequeños cumplan con las guías del uso del NPI. Por lo tanto, los planes de salud pequeños podrían requerir un número legado ("legacy provider") para la Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés) en transacciones realizadas hasta el 23 de mayo de 2008. CMS emitirá los requisitos para reportar los números legados en transacciones COB realizadas a partir del 22 de mayo de 2007.

En una Petición de Cambio relacionada (CR4023), CMS le requirió a los que someten el Formulario CMS-1500 (versión 12-90) que

### Background

*Form CMS-1500 is one of the basic forms prescribed by CMS for the Medicare program. It is only accepted from physicians and suppliers that are excluded from the mandatory electronic claims submission requirements set forth in the Administrative Simplification Compliance Act, Public Law 107-105 (ASCA), and the implementing regulation at 42 CFR 424.32. The CMS-1500 form is being revised to accommodate the reporting of the National Provider Identifier (NPI).*

*Note that a provision in the HIPAA legislation allows for an additional year for small health plans to comply with NPI guidelines. Thus, small plans may need to receive legacy provider numbers on coordination of benefits (COB) transactions through May 23, 2008. CMS will issue requirements for reporting legacy numbers in COB transactions after May 22, 2007.*

*In a related Change Request, CR4023, CMS required submitters of the Form CMS-1500 (12-90 version) to continue to report Provider*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

continúen reportando el "Provider Identification Number" o "PIN" y el "Unique Physician Identification Number" o "UPIN", según aplique.

En esa versión del formulario no existen campos para reportar ambos, el NPI y los números legados. El CR4293 provee guías para la implementación del uso del formulario revisado CMS-1500 (08-05). Este artículo, basado en el CR5060, provee información adicional sobre el Formulario CMS-1500 (08-05) para los Contratistas de la Parte B y DMERCs de Medicare, relacionada con los requisitos y éditos de validación.

### Guías de Facturación

- Cuando el uso del número NPI entre en vigor y se requiera (el 23 de mayo de 2007, aún cuando se podrá comenzar a usar desde el 1 de enero de 2007), se **rechazarán** las reclamaciones (en la mayoría de los casos con código de razón 16 ("claim/service lacks information that is needed for adjudication") seguido del código de comentario apropiado que especifique cuál es la información que falta, **si**
- **No se reporta el NPI** apropiado en el Formulario CMS-1500 (08-05) en los campos:
  - **24J** (reemplazo del campo 24K, Formulario CMS-1500 (12-90));
  - **17B** (reemplazo del campo 17 or 17A, Formulario CMS-1500 (12-90));
  - **32a** (reemplazo del campo 32, Formulario CMS-1500 (12-90)); y
  - **33a** (reemplazo del campo 33, Formulario CMS-1500 (12-90)).

### Información Adicional

#### Cuándo será vigente y requerido el uso del Número NPI (23 de mayo de 2007)

Para permitir el procesamiento adecuado de reclamaciones sometidas en el formulario revisado CMS-1500 (08-05) y para evitar el rechazo de reclamaciones, asegúrese de entrar la información de identificación correcta para cada número reportado en la reclamación.

Los identificadores legados son números de identificación que se utilizaron antes del NPI, por ejemplo:

- PINs (Provider Identification Numbers)

## Information and Education Resources for Providers

*Identification Numbers (PINs) and Unique Physician Identification Numbers (UPINs) as applicable.*

*There were no fields on that version of the form for reporting of NPIs in addition to those legacy identifiers. Change Request 4293 provided guidance for implementing the revised Form CMS-1500 (08-05). This article, based on CR 5060, provides additional Form CMS-1500 (08-05) information for Medicare carriers and DMERCs, related to validation edits and requirements.*

### Billing Guidelines

- *When the NPI number is effective and required (May 23, 2007, although it can be reported starting January 1, 2007), claims will be **rejected** (in most cases with reason code 16 – "claim/service lacks information that is needed for adjudication") in tandem with the appropriate remark code that specifies the missing information, **if***
- *The appropriate **NPI is not entered** on Form CMS-1500 (08-05) in items:*
  - **24J** (replacing item 24K, Form CMS-1500 (12-90));
  - **17B** (replacing item 17 or 17A, Form CMS-1500 (12-90));
  - **32a** (replacing item 32, Form CMS-1500 (12-90)); and
  - **33a** (replacing item 33, Form CMS-1500 (12-90)).

### Additional Information

#### When the NPI Number is Effective and Required (May 23, 2007)

*To enable proper processing of Form CMS-1500 (08-05) claims and to avoid claim rejections, please be sure to enter the correct identifying information for any numbers entered on the claim.*

*Legacy identifiers are pre-NPI provider identifiers such as:*

- PINs (Provider Identification Numbers)

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- UPINs (Unique Physician Identification Numbers)
- OSCARs (Online Survey Certification & Reporting System numbers)
- NSCs (National Supplier Clearinghouse numbers) para reclamaciones DMERC.

### Información Adicional sobre el NPI

Puede encontrar información relacionada el NPI en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/>.

El registro de cambios, que contiene los cambios realizados al Formulario CMS-1500 (08-05), está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web NUCC: [http://www.nucc.org/images/stories/PDF/change\\_log.pdf](http://www.nucc.org/images/stories/PDF/change_log.pdf).

El artículo MLN Matters MM4320 “Stage 1 Use and Editing of National Provider Identifier Numbers Received in Electronic Data Interchange Transactions via Direct Data Entry Screen, or Paper Claim Forms,” está disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4320.pdf>.

El CR4293, Transmittal. 899, “Revised Health Insurance Claim Form CMS-1500”, provee guías a los Contratistas sobre la implementación del uso del formulario revisado CMS-1500 (08-05). El mismo está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R899CP.pdf>.

El artículo MLN Matters MM4023, “Stage 2 Requirements for Use and Editing of National Provider Identifier (NPI) Numbers Received in Electronic Data Interchange (EDI) Transactions, via Direct Data Entry (DDE) Screens, or Paper Claim Forms”, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4023.pdf>.

El CR5060 constituye la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B o DMERC sobre los cambios mencionados en este artículo (MM5060). Puede encontrar el CR5060 en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1058CP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

- UPINs (Unique Physician Identification Numbers)
- OSCARs (Online Survey Certification & Reporting System numbers)
- NSCs (National Supplier Clearinghouse numbers) for DMERC claims.

### Additional NPI-Related Information

Additional NPI-related information can be found at <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/> on the CMS web site.

The change log which lists the various changes made to the Form CMS-1500 (08-05) version can be viewed at the NUCC Web site at [http://www.nucc.org/images/stories/PDF/change\\_log.pdf](http://www.nucc.org/images/stories/PDF/change_log.pdf).

MLN Matters article MM4320, “Stage 1 Use and Editing of National Provider Identifier Numbers Received in Electronic Data Interchange Transactions via Direct Data Entry Screen, or Paper Claim Forms,” can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4320.pdf> on the CMS web site.

CR4293, Transmittal Number 899, “Revised Health Insurance Claim Form CMS-1500,” provides contractor guidance for implementing the revised Form CMS-1500 (08-05). It can be found at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R899CP.pdf> on the CMS web site.

MLN Matters article MM4023, “Stage 2 Requirements for Use and Editing of National Provider Identifier (NPI) Numbers Received in Electronic Data Interchange (EDI) Transactions, via Direct Data Entry (DDE) Screens, or Paper Claim Forms,” can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4023.pdf> on the CMS web site.

CR5060 is the official instruction issued to your carrier or DMERC regarding changes mentioned in this article, MM5060. CR 5060 may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1058CP.pdf> on the CMS web site.

For more information, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5060 / Trans: R1058CP / CR # 5060 / 10-13-06 / mlv rrc

## MAC A/B Boletín #1

### NOTICIAS PARA CONTRATISTAS MAC A/B MAC-BOLETIN # 1 PRIMER CONTRATO PARA UN CONTRATISTA ADMINISTRATIVO MEDICARE (MAC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) A SER CONCEDIDO EN EL FUTURO CERCANO

#### Tipos de Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores, y profesionales de la salud que facturan a intermediarios fiscales de Medicare (FIs por sus siglas en inglés) o a los contratistas de Medicare por sus servicios, especialmente aquellos que residen en los estados de Arizona, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah y Wyoming.

#### Trasfondo

La Sección 911 del Medicare Modernization Act (MMA) requiere que el Secretario implemente una Reforma a la Contratación de Medicare para el año 2011. La ley decreta que CMS llevará cabo procesos amplios y abiertos de competencia, en cumplimiento con las regulaciones generales de contratos federales, para el trabajo actualmente manejado por intermediarios fiscales y contratistas que administran el Sistema de Pago por Servicios Mediante Tarifa Fija (FFS por sus siglas en inglés).

La Reforma de Contrato de Medicare hará lo siguiente:

- Mejorará los servicios administrativos dentro del ambiente de procesamiento de reclamaciones "Fee-for-Service", reduciendo así el número de contratos, enfocándose en el pago correcto de reclamaciones y creando incentivos de desempeño relacionados con la puntualidad, exactitud, y calidad de servicios prestados a CMS y a los proveedores de servicios a beneficiarios de Medicare;

## A/B MAC News #1

### A/B MAC NEWS #1 - FIRST CONTRACT FOR A PART-A/ PART-B MEDICARE ADMINISTRATIVE CONTRACTOR (MAC) TO BE AWARDED IN NEAR FUTURE

#### Provider Types Affected

*All Medicare physicians, providers, and practitioners that bill Medicare fiscal intermediaries (FIs) or carriers for their services, especially those in the states of Arizona, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah and Wyoming*

#### Background

*Section 911 of the Medicare Modernization Act (MMA) requires the Secretary to implement Medicare Contracting Reform by 2011. The law mandates that CMS conduct full and open competitions, in compliance with general federal contracting rules, for the work currently handled by fiscal intermediaries and carriers in administering the Medicare fee-for-service program.*

*Medicare Contracting Reform will:*

- *Improve administrative services within the fee-for-service claims processing environment by reducing the number of contracts, focusing on correct claims payment and creating performance incentives related to timeliness, accuracy, and quality of services to CMS and to providers of services to Medicare beneficiaries;*

Cont. on next page

## MAC A/B Boletín #1

- Llevará a una mayor eficiencia y mayor responsabilidad entre las compañías a cargo de la administración de reclamaciones, educación a proveedores y prestación de servicios al promover la competencia y al basar los premios en desempeño.
- Generará ahorros operacionales al gobierno federal y a los contribuyentes a por medio de la competencia y la consolidación de contratos grandes y de alto valor.

Por medio de la Reforma de Contratación de Medicare, los proveedores de servicios de salud en el programa original de Medicare pueden esperar:

- Mejores recursos educativos y de adiestramiento sobre el proceso correcto de someter reclamaciones, regulaciones sobre pago y cubierta de Medicare.
- Comunicación más fácil con un solo Contratista MAC A/B, sirviendo como el punto de contacto para la administración y el pago de reclamaciones tanto de la Parte A como de la Parte B;
- Aumento en la precisión de los pagos y uniformidad en las decisiones de pago que resulten del aumento en el enfoque de CMS sobre el manejo financiero por parte de los Contratistas MAC; y
- Una oportunidad de recibir retroalimentación sobre la evaluación del desempeño de los Contratistas MAC a través de cuestionarios de satisfacción dirigidos por CMS.

### Puntos Clave para Proveedores

Muy pronto CMS anunciará el resultado de la primera competencia amplia y abierta para seleccionar al Contratista MAC A/B (A/B MAC por sus siglas en inglés), llevada a cabo como parte de la estrategia de implementación de la Reforma de Contratación de Medicare. Esta otorgación será para un solo contrato de procesamiento de reclamaciones “FFS” que combinará el volumen de trabajo por una jurisdicción multi-estatal actualmente servida tanto por FIs como por Contratistas.

## A/B MAC News #1

- *Lead to more efficiency and greater accountability among companies performing claims administration and provider education, and services by promoting competition and basing awards on good performance;*
- *Generate operational savings to the federal government and taxpayers through consolidation and competition of large and high value contracts*

*With Medicare Contracting Reform, providers of health care in the original Medicare program can expect:*

- *Better educational and training resources on correct claims submission, Medicare coverage rules, and Medicare payment rules;*
- *Easier communications with a single A/B MAC serving as the point-of-contact for both Part A and Part B claims administration and payment;*
- *Increased payment accuracy and consistency in payment decisions resulting from CMS' increased focus on financial management by MACs; and*
- *An opportunity for input in evaluation of their MAC's performance through satisfaction surveys conducted by CMS.*

### Key Points for Providers

*CMS soon will announce the result of the first full and open competition for a Part A/ Part B Medicare Administrative Contractor (A/B MAC) conducted as part of the agency's Medicare Contracting Reform implementation strategy. This award will be for a single fee-for-service claims processing contract that will combine the workloads for a multi-state jurisdiction currently serviced both by FIs and carriers.*

Cont. on next page

## MAC A/B Boletín #1

La primera otorgación de contrato A/B MAC será para la Jurisdicción 3, que incluye los estados de Arizona, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah y Wyoming. La Jurisdicción 3 representa el 3% del volumen nacional de reclamaciones “FFS” de Medicare. Con la otorgación de este contrato, CMS comenzará a lograr ahorros administrativos y mayor eficiencia a través de la consolidación de los contratos tradicionales de costo reembolsables y a través de la implementación rápida de procesos de contratación mejorados.

La Solicitud de Propuesta (RFP por sus siglas en inglés) para la Jurisdicción 3 A/B MAC fue publicada en septiembre de 2005. La implementación completa del nuevo contratista está fechada para julio de 2007. CMS trabajará con los Contratistas y FIs actuales de la Jurisdicción 3, cuyos contratos terminan con la implementación MAC, para asegurarse que haya una transferencia ininterrumpida de expedientes e información a la nueva Jurisdicción 3 A/B MAC.

Los contratistas y los FIs cuyos contratos terminan son los siguientes: Montana Blue Cross Blue Shield, Wyoming Blue Cross, Arizona Blue Cross, y Noridian Administrative Services. CMS reconoce con gratitud el gran compromiso de estas compañías que han venido sirviendo el programa Medicare por más de 40 años.

La otorgación del contrato para la Jurisdicción 3 A/B MAC será el primero de los 15 contratos A/B/MAC. Cada uno de estos contratos será para la administración tanto de los beneficios de Medicare Parte A como la Parte B en una jurisdicción geográfica específica del país. (Ver la sección **Información Adicional** de este artículo para el sitio Web que contiene un mapa que muestra las 15 jurisdicciones). Todos los 15 contratos serán otorgados, y todos los Contratistas A/B MAC tienen que estar operacionales para el mes de octubre del año 2011.

CMS tiene amplia experiencia supervisando la transferencia exitosa del trabajo de procesamiento de reclamaciones Medicare de un contratista a otro. La agencia está comprometida a asegurar que la implementación del nuevo ambiente A/B MAC se hará de la manera más impecable como sea posible para resulte transparente a los proveedores y beneficiarios Medicare.

## A/B MAC News #1

*This first A/B MAC award will be for Jurisdiction 3, which includes the states of Arizona, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah and Wyoming. Jurisdiction 3 represents three percent of the national fee-for-service Medicare claims volume. With this contract award, CMS will begin to achieve efficiencies and administrative savings through the consolidation of the traditional cost-reimbursable contracts and by implementing improved contracting processes quickly.*

*The Request for Proposal (RFP) for the Jurisdiction 3 A/B MAC was released in September 2005. Full implementation of the new contractor is scheduled for July 2007. CMS will work with the current carriers and FIs in Jurisdiction 3, whose contracts will end with the MAC implementation, to ensure a smooth transfer of records and information to the new Jurisdiction 3 A/B MAC.*

*The carriers and FIs whose contracts will end are Montana Blue Cross Blue Shield, Wyoming Blue Cross, Arizona Blue Cross, and Noridian Administrative Services. CMS recognizes with gratitude the strong commitment by these corporations to serving the Medicare program for more than 40 years.*

*The Jurisdiction 3 A/B MAC contract award will be the first of 15 A/B MAC contracts. Each of these contracts will be for the administration of both the Medicare Part A and Part B benefits in a specified geographic jurisdiction of the country. (See the **Additional Information** section of this article for the web page containing a map showing the 15 jurisdictions.) All 15 contracts are to be awarded, and all A/B MACs are to be operational, by October 2011.*

*CMS has extensive experience in overseeing the successful transfer of Medicare claims processing work from one contractor to another. The agency is committed to ensuring that the implementation of the new A/B MAC environment will be as seamless as possible for the Medicare providers and beneficiaries.*

Cont. on next page

## MAC A/B Boletín #1

CMS dedicará amplios recursos y manejará la implementación de los contratos A/B MAC para asegurar la continuidad, exactitud y la prontitud en el procesamiento de reclamaciones y la emisión de pagos. En la Jurisdicción 3, CMS planifica implementar el nuevo contrato A/B MAC transfiriendo todo el volumen de trabajo de procesamiento de reclamaciones de manos de los contratistas actuales de manera incremental (en lugar de hacerlo todo de golpe) para evitar que los proveedores o los beneficiarios se vean afectados adversamente.

### Información Adicional

Información respecto a la consecución de los A/B MAC en la Jurisdicción 3, incluyendo el alcance del trabajo a ser realizado, está disponible en el sitio Web *Federal Business Opportunities* en el siguiente enlace: <http://www1.fbo.gov/spg/HHS/HCFA/AGG/CMS%2D2005%2D0016/Attachments.html>.

Existe un mapa que muestra las 15 jurisdicciones A/B MAC en el sitio Web de la Reforma de Contrato Medicare: [http://www.cms.hhs.gov/MedicareContractingReform/05\\_A\\_BMACJurisdictions.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/MedicareContractingReform/05_A_BMACJurisdictions.asp#TopOfPage). Hojas de datos individuales y data sobre cada jurisdicción también se encuentra disponible en este sitio.

Aquellos suplidores que deseen consultar el artículo MLN Matters SE0628 para información sobre cómo la Reforma de Contratación de Medicare afecta a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Durable (DMERCs por sus siglas en inglés), pueden acceder ese artículo en siguiente enlace en el sitio Web de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0628.pdf>.

## A/B MAC News #1

*CMS will devote full resources and manage the A/B MAC contract implementation so as to ensure continuity, accuracy, and timeliness in claims processing and issuance of payments. In Jurisdiction 3, CMS plans to implement the new A/B MAC contract by transferring the claims processing workload from the current contractors incrementally (rather than all at once) to ensure that neither providers nor beneficiaries will be adversely affected.*

### Additional Information

*Information on the Jurisdiction 3 A/B MAC procurement, including the scope of work to be performed, is available on the Federal Business Opportunities web site at <http://www1.fbo.gov/spg/HHS/HCFA/AGG/CMS%2D2005%2D0016/Attachments.html>*

*A map displaying the 15 A/B MAC jurisdictions is available on the Medicare Contracting Reform web site at [http://www.cms.hhs.gov/MedicareContractingReform/05\\_A\\_BMACJurisdictions.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/MedicareContractingReform/05_A_BMACJurisdictions.asp#TopOfPage) on the CMS web site. Individual fact sheets and data on each jurisdiction are also available there.*

*Suppliers may want to consult MLN Matters article SE0628 to see how Medicare Contracting Reform affects durable medical equipment regional carriers (DMERCs). That article is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0628.pdf> on the CMS web site.*

Pub. SE0642 / Trans N/A / CR N/A / 07-05-06 / ml rrc

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

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

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

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

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 -- 787-884-7214 mass@coqui.net - mass@massspr.com
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 -- ciscar@caribe.net
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com
Advance Data Support (MedOne 2.0)	-Visit/Consultation	PO Box 8512 Bayamón, PR 00960 787-269-3830 , 787-269-5620, 787-841-0396 michaelj@adspr.com
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 3226 Guaynabo, PR 00970 787-783-6102 bmyassoc@prtc.net -- blasmenz@prtc.net <a href="http://www.BlasMenendez.com">http://www.BlasMenendez.com</a>
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-590-3686, 787-793-0046, Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0 )	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 tracasc@prtc.net

Updated: November 22, 2006-Systems Dept./MOA

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net
WebMD	-Radiology Services -UPIN	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino -- LSavino@webmd.net
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 787-720-9697 -- Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 http://www.winmbs.com -- softek@prtc.net
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 -- simplesoft@hotmail.com
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net -- www.meditrak-pr.info
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anestesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net -- http://www.hcspr.com
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 -- PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net -- offiplus@libertypr.net
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com -- brunet@caribe.net www.genius-msd.com

Updated: November 22, 2006-Systems Dept./MOA

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com 787-620-2474 -- ctorres@infomedika.com
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 -- Fax (516) 868-9060 hcaincny@yahoo.com
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 -- FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101 FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) -- 800-527-8133 maryjo.vrotsos@mckesson.com
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 -- Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com
Per-Sé Technologies	-Visit/Consultation	1145 Sanctuary Parkway Suite 200 Alpharetta, GA 30004 770-237-4300 -- 877-73PERSE toll free www.per-se.com
Computer Innovations, Inc.	-Visit/Consultation	1484 Highland Avenue Cheshire, CT. 06410 203-272-1554
Xactimed Inc.	-Visit/Consultation	9400 North Central Expressway, Suite 700 Dallas, TX. 75231 214-692-4413 -- www.xactimed.com
HealthCareTek	-Visit/Consultation	7031 Grand National Drive Suite 110 Orlando, FL. 75231 407-251-4410 -- www.healthcaretek.com

Updated: November 22, 2006-Systems Dept./MOA



# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## ACTUALIZACIÓN DE CÓDIGOS DE CATEGORÍA Y CÓDIGOS DE ESTATUS DE LA RECLAMACIÓN

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten Transacciones de Estatus de Reclamaciones de Servicios de Salud a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas de Equipo Médico Duradero [DMERCs por sus siglas en inglés], Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], e Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés]).

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5137, la cual establece las actualizaciones de octubre 2006 de los Códigos de Estatus de Reclamación y Códigos de Categoría de Estatus de Reclamación a ser utilizadas por los Contratistas de Medicare (Contratistas, DMERCs, FIs y RHHIs). Los contratistas de Medicare deben utilizar los códigos designados como “**nuevo desde octubre 2006**” y fechas previas, y deben notificar a los proveedores afectados sobre los nuevos códigos. El CR5137 aplica al Capítulo 31 del *Medicare Claims Processing Manual*, Sección 20.7 (*Health Care Claim Status Category Codes and Health Care Claims Status Codes for Use with the Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277*).

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

### Trasfondo

Los códigos de Categoría de Estatus de Reclamación indican la categoría general del estatus de una reclamación (ya sea una reclamación aceptada, rechazada, con solicitud de información adicional, etc.). El Código de Estatus de Reclamación provee más detalles sobre la misma. Bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), todos los pagadores (incluyendo a Medicare), deben hacer uso de los códigos de Categoría de Estatus de Reclamación y de los códigos de Estatus de Reclamación aprobados por un mantenedor reconocido de grupos de códigos (en lugar de

## CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who submit Health Care Claim Status Transactions to Medicare contractors (carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs), fiscal intermediaries (FIs), and regional home health intermediaries (RHHIs))*

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5137, which provides the October 2006 updates of the Claim Status Codes and Claim Status Category Codes for use by Medicare contractors (carriers, DMERCs, FIs, and RHHIs). Medicare contractors are to use codes with the “**new as of 10/06**” designation and prior dates, and they must inform affected providers of the new codes. CR5137 applies to Chapter 31 of the Medicare Claims Processing Manual, Section 20.7 - Health Care Claim Status Category Codes and Health Care Claims Status Codes for Use with the Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277.*

*Please refer to the **Background** section of this article for further details.*

### Background

*Claim Status Category codes indicate the general category of a claim's status (accepted, rejected, additional information requested, and so on). Further detail is provided by the Claim Status Code(s).*

*Under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), all payers (including Medicare) must use Claim Status Category and Claim Status codes approved by a recognized code set maintainer (instead*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

códigos de origen privado (“proprietary”)) para explicar cualquier estatus de reclamación(es) enviadas en la Versión 004010X093A1 de la transacción de Solicitud de Estatus de Reclamación de Servicios de Salud y Transacción de Respuesta.

El Comité de Mantenimiento de Códigos de Servicios de Salud provee mantenimiento a los códigos de Categoría de Estatus de Reclamación y códigos de Estatus de Reclamaciones. Este Comité se reúne al comenzar la reunión trimestral X12 y toma decisiones sobre adiciones, modificaciones y retiro de códigos existentes. La lista actualizada de Códigos de Estatus de Reclamaciones y Códigos de Categoría de Estatus de Reclamaciones se publica tres veces al año (luego de la reunión trimestral del Comité de Mantenimiento de Códigos de Servicios de Salud) en el sitio Web del *Washington Publishing Company* en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes>. Una vez en el sitio Web, pulse la opción “CLAIM STATUS CODES” o “CLAIM STATUS CATEGORY CODES” para acceder la lista actualizada de códigos. Ahí encontrará detalles específicos de las listas de códigos, incluyendo la fecha en que el mismo fue añadido, cambiado o eliminado. Todos los cambios de códigos aprobados en Junio 2006 serán publicados en el sitio Web aproximadamente treinta (30) días después de la conclusión de la reunión del Comité. Para esta actualización, Medicare comenzará a utilizar los códigos vigentes en octubre 2006 en respuestas a estatus de reclamaciones emitidas a partir del 2 de octubre de 2006.

## Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 2 de octubre de 2006.

## Información Adicional

Para detalles completos, refiérase al CR5137, la instrucción oficial emitida a su Contratista/DMERC o FI/RHHI referente a los cambios mencionados en este artículo. El CR5137 está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R987CP.pdf>.

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

*of proprietary codes) to explain any status of a claim(s) sent in the Version 004010X093A1 Health Care Claim Status Request and Response transaction.*

*The Health Care Code Maintenance Committee maintains the Claim Status Category and Claim Status codes. The Committee meets at the beginning of each X12 trimester meeting and makes decisions about additions, modifications, and retirement of existing codes. The updated Claim Status Category and Claim Status codes list is posted three times a year (after each Health Care Code Maintenance Committee X12 trimester meeting) at the Washington Publishing Company web site at <http://www.wpc-edi.com/codes>. At this web site, select “Claim Status Codes” or “Claim Status Category Codes” to access the updated code list. Included in the code lists are specific details, including the date when a code was added, changed or deleted. All code changes approved in June 2006 are to be listed to this web site approximately thirty (30) days after the meeting concludes. For this update, Medicare will begin using the codes in place as of October 2006 in claim status responses issued on or after October 2, 2006.*

## Implementation

*The implementation date for this instruction is October 2, 2006.*

## Additional Information

*For complete details, please see CR5137, the official instruction issued to your Medicare carrier/DMERC or FI/RHHI regarding changes mentioned in this article. CR5137 may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R987CP.pdf> on the CMS web site.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MM5137 / Trans R987CP / CR5137 / 06-29-06 / ml

## Política Médica

### SALUD MENTAL

#### CÓDIGOS DE PSICOTERAPIA:

Los códigos de servicios de psicoterapia sólo se deben usar si se utiliza psicoterapia en el encuentro terapéutico con el paciente. Los códigos de psicoterapia no deben ser utilizados como el código genérico de servicios de salud mental. Cuando hay un encuentro con el paciente y no se brinda psicoterapia los códigos a facturarse deberían ser, por ejemplo códigos de Evaluación y Manejo o de manejo farmacológicos según corresponda.

Cuando usted facture servicios de psicoterapia interactiva debe quedar evidenciado en el expediente médico que el paciente es incapaz de tener una comunicación verbal normal. Si el paciente es incapaz de comunicarse de alguna manera entonces no se pueden facturar servicios de psicoterapia interactiva. Dado a que estos requieren establecer una comunicación.

En una psicoterapia interactiva el médico utiliza objetos inanimados como juguetes, utiliza comunicación física o no verbal o a un interprete como para un sordo o un extranjero, todo con el propósito de poder establecer una comunicación.

La cubierta de Medicare de servicios de psicoterapia no incluyen el enseñar habilidades de acalamiento, monitoreo de actividades del diario vivir, terapia recreacional como baile, arte o juego, o interacción social. Por lo tanto, los códigos de psicoterapia no se pueden utilizar para facturar por entrenar al paciente en realizar sus actividades del diario vivir o entrenarlo para desarrollar sus habilidades sociales.

A continuación como parte de nuestro esfuerzo para reducir nuestra tasa de error CERT, deseamos brindar a nuestra comunidad médica las reglas básicas para documentar adecuadamente los servicios clínicos.

En general, la documentación concisa de los expediente médicos es un factor crítico para proveer a los pacientes los cuidados de calidad que merecen, así como para que reciban el

## Medical Policy

### MENTAL HEALTH

#### PSYCHOTHERAPY SERVICES:

*Individual psychotherapy codes should be used only when the focus of the treatment encounter involves psychotherapy. Psychotherapy codes should not be used as generic psychiatric service codes when another code, such as an E&M or pharmacologic management code, would be more appropriate.*

*When you are billing Interactive psychotherapy the medical record must indicate that the person being evaluated does not have the ability to interact through normal verbal communicative methods. If the patient is incapable of communication by any means Interactive psychotherapy may not be billed.*

*In the interactive examination, the physician uses inanimate objects, such as toys and dolls for a child, physical aids and non-verbal communication to overcome barriers for therapeutic interaction, or an interpreter for a deaf person or one who does not speak his/her native language.*

*Medicare coverage of psychotherapy procedure codes does not include teaching grooming skills, monitoring activities of daily living, recreational therapy (dance, art, play) or social interaction, therefore, psychotherapy procedure codes should not be used to bill for ADL training and/or social interaction skills.*

*Following we will provide you with the general rules for documentation of your services.*

*In general concise medical record documentation is critical to providing patients with quality care as well as to receiving accurate and timely reimbursement for*

Cont. on next page

## Política Médica

reembolso adecuado y a tiempo de los servicios prestados. El expediente médico establece una documentación cronológica del cuidado brindado al paciente y es necesario que en el mismo se registren datos pertinentes, hallazgos y observaciones sobre el historial de salud del paciente, incluyendo condiciones presentes y pasadas, exámenes, pruebas, tratamientos y sus respectivos resultados. La documentación del expediente médico también ayuda a los médicos y a otros profesionales de la salud, en la evaluación y planificación del tratamiento inmediato que requiere un paciente y el seguimiento de su salud a través del tiempo.

Con el fin de asegurar que la documentación del expediente médico de un paciente sea precisa, deben observarse los siguientes principios:

- El expediente médico debe estar completo y ser legible, y debe incluir los siguientes elementos:
  - Nombre del beneficiario y fecha del servicio.
  - Identidad del proveedor del servicio.
- La documentación de cada encuentro con el paciente debe incluir:
  - El motivo del encuentro y el historial médico relevante, hallazgos del examen físico, y resultados de pruebas diagnósticas previas.
  - Evaluación, impresión clínica o diagnóstico.
  - Plan de cuidado médico.
  - Fecha de servicio y la identidad del observador escrita de forma legible.
- Si no se documenta adecuadamente, el racional para ordenar pruebas diagnósticas o cualquier otro servicio suplementario este debe ser fácil de inferir.
- Los diagnósticos pasados y presentes deben estar accesibles para referencia del médico a cargo del cuidado del paciente y/o el médico que se consulta.

## Medical Policy

*furnished services. It chronologically documents the care of the patient and is required to record pertinent facts, findings, and observations about the patient's health history including past and present illnesses, examinations, tests, treatments, and outcomes. Medical record documentation also assists physicians and other health care professionals in evaluating and planning the patient's immediate treatment and monitoring his or her health care over time.*

*To ensure that medical record documentation is accurate, the following principles should be followed:*

- *The medical record should be complete and legible, containing the following elements:*
  - *Name of beneficiary and date of service.*
  - *Identity of the provider of service.*
- *The documentation of each patient encounter should include:*
  - *Reason for the encounter and relevant history, physical examination findings, and prior diagnostic test results*
  - *Assessment, clinical impression, or diagnosis*
  - *Medical plan of care*
  - *Date and legible identity of the observer.*
- *If not documented, the rationale for ordering diagnostic and other ancillary services should be easily inferred.*
- *Past and present diagnoses should be accessible to the treating and/or consulting physician.*

Cont. on next page

## Política Médica

- Información apropiada sobre factores de riesgo del paciente deben ser identificados.
- Debe existir documentación sobre el progreso del paciente, la respuesta al tratamiento o cambios en el mismo, y la revisión de los diagnósticos.
- Los códigos del CPT (Current Procedural Terminology) y del ICD-9 CM (Internacional Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) que se someten en el formulario de reclamación de servicios de salud o en el estado de facturación deben estar respaldados por la documentación en el expediente médico.

Además de las reglas generales sobre documentación del expediente médico antes mencionadas, existen algunas reglas adicionales que aplican a los servicios psiquiátricos y psicológicos. En el caso de servicios de psicoterapia, la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) establece requisitos específicos de documentación basado en sus definiciones de lo que son "notas clínicas" y "notas de psicoterapia".

Para evidenciar los servicios de psicoterapia para efectos de pago por parte de un tercero, lo que se tiene que someter como evidencia es la nota clínica que contiene la siguiente información, según lo define la Ley HIPAA:

- Hora de inicio y final de la sesión de consejería;
- Las modalidades y frecuencia de los tratamientos provistos;
- Resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes puntos: diagnóstico, estatus funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y el progreso demostrado hasta la fecha;
- Medicamentos recetados y seguimiento.
- Además de los requisitos establecidos por la Ley HIPAA antes mencionados, nuestra Determinación de Cubierta Local (LCD por sus siglas en inglés) para este Contratista

## Medical Policy

- *Appropriate health risk factors should be identified.*
- *The patient's progress, response to and changes in treatment, and revision of diagnosis should be documented.*
- *The Current Procedural Terminology (CPT) and International Classification of Diseases, 9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification codes (ICD-9 CM) reported on the health insurance claim form or billing statement should be supported by the documentation in the medical record.*

*In addition to the previously mentioned general rules of medical record documentation there are additional rules established for psychiatric and psychological services. For psychotherapy services the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule has specific documentation requirements based on its definitions of clinical notes and psychotherapy notes.*

*To evidence psychotherapy services for purpose of payment from a third party, what must be provided as evidence is the clinical note containing the following information as defined in HIPAA;*

- *Counseling session start and stop times,*
- *The modalities and frequencies of treatment furnished,*
- *Results of clinical tests and any summary of the following items: diagnosis, functional status, treatment plan, symptoms, prognosis and progress to date.*
- *Medication prescription and monitoring.*
- *In addition to the above mentioned HIPAA requirements this carrier's Local Coverage Determination (LCD) established that the medical record must indicate the time spent*

Cont. on next page

## Política Médica

estableció que el expediente médico debe indicar el tiempo que dedicó el profesional de la salud en el encuentro de psicoterapia y las modalidades de terapia utilizadas (tales como modificación de conducta, interacciones de apoyo, interpretación de motivación inconsciente) que fueron aplicados para lograr cambios terapéuticos para evidenciar la necesidad médica de los servicios de psicoterapia prestados.

Respecto a las notas de psicoterapia, la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA establece que la documentación en el expediente médico es información privilegiada y que la misma debe mantenerse separada. Por tal razón no debe incluir información que corresponde a las notas clínicas sobre el individuo que deben proveerse a solicitud de terceros para efectos de procesamiento de pago por servicios prestados.

Resumiendo, la información privilegiada debe mantenerse separada de las notas clínicas y nunca deben divulgarse para propósitos de pago a un Contratista de Medicare. Si se provee información privilegiada a un contratista, la devolveremos al proveedor y no sería utilizada para efectos de evaluación médica. A continuación mostramos algunos ejemplos de lo que constituye información privilegiada:

- Información o datos de carácter personal o íntimo;
- Tópicos o asuntos discutidos en las sesiones de terapia;
- Anotaciones hechas durante las sesiones de psicoterapia (notas de psicoterapia);
- Detalles sobre sueños o fantasías del paciente;
- Información sensitiva sobre otros individuos relacionados con el paciente.

Esperamos que la información aquí provista le ayude a documentar adecuadamente sus servicios y le ayude a proteger el derecho de sus pacientes a la privacidad.

## Medical Policy

*in the psychotherapy encounter and the therapeutic maneuvers, such as behavior modification, supportive interactions, and interpretation of unconscious motivation, that were applied to produce therapeutic change to evidence the medical necessity of the psychotherapy service provided.*

*Regarding psychotherapy notes the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule establishes that this documentation is privileged information and shall be kept separate and must not include information which pertains to the clinical notes of the individual's medical record that shall be provided upon request to a third party for the purpose of payment.*

*In summary privileged information should be kept apart of the clinical notes and should never be provided for the purpose of payment to a Medicare contractor. If privileged information is provided to this contractor we will return it to the provider and it would not be used for medical review purposes. Following are examples of privileged information:*

- *Information or facts of intimate personal content;*
- *Topics of themes discussed in therapy sessions;*
- *The annotations taken during the psychotherapy session (psychotherapy note);*
- *Details of fantasies and dreams;*
- *Sensitive information about other individuals in the patient's life.*

*We hope this information will help you to adequately document your services and help you in protecting your patients' right to privacy.*

LS-Medical Director-10/16/06

## Política Médica

### PAGO POR SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y MANEJO PROVISTOS DURANTE UN PERIODO GLOBAL DE CIRUGÍA

#### Tipos de proveedores afectados

Médicos y profesionales de la salud cualificados (NPP, por sus siglas en inglés) que facturan a los contratistas de Medicare por sus servicios.

#### Puntos claves

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) ha clarificado los requisitos de documentación y política para el uso del modificador-25 con servicios de evaluación y manejo (E&M). Favor hacer referencia al documento adjunto a la petición de cambio CR5025, *The Medicare Claims Processing Manual*, Publicación 100-04, Capítulo 12, Sección 30.6.6, para revisiones con respecto al uso del modificador -25.
- Los médicos y los NPPs cualificados deben utilizar el modificador -25 para designar un servicio de E&M por separado provisto por el mismo médico/NPP cualificado al mismo paciente en el mismo día de otro procedimiento u otro servicio con un periodo de tarifa global.
- La terminología de procedimiento común (CPT, por sus siglas en inglés) del modificador -25 identifica un servicio de E&M que puede ser identificado por separado. El modificador debe utilizarse cuando el servicio de E&M va mucho más allá que el trabajo usual pre y post operatorio de un procedimiento con una tarifa de periodo global llevado a cabo en el mismo día que el servicio de E&M.
- No se requieren diferentes diagnósticos para informar el servicio de E&M en el mismo día que el procedimiento u otro servicio con una tarifa de periodo global. El modificador-25 es añadido al código de E&M en la reclamación.

## Medical Policy

### PAYMENT FOR EVALUATION AND MANAGEMENT SERVICES PROVIDED DURING GLOBAL PERIOD OF SURGERY

#### Provider Types Affected

*Physicians and qualified nonphysician practitioners (NPP) who bill Medicare carriers for their services*

#### Key Points

- *The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has clarified the documentation requirements and policy requirements for the use of CPT modifier -25 used with E/M services. Please refer to the manual attachment to CR5025, The Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 12, Section 30.6.6, for revisions regarding the use of CPT modifier-25.*
- *Physicians and qualified nonphysician practitioners (NPP) should use CPT modifier-25 to designate a significant, separately identifiable E/M service provided by the same physician/qualified NPP to the same patient on the same day as another procedure or other service with a global fee period.*
- *Common Procedural Terminology (CPT) modifier-25 identifies a significant, separately identifiable evaluation and management (E/M) service. It should be used when the E/M service is above and beyond the usual pre and postoperative work of a procedure with a global fee period performed on the same day as the E/M service.*
- *Different diagnoses are not required for reporting the E/M service on the same date as the procedure or other service with a global fee period. Modifier-25 is added to the E/M code on the claim.*

Cont. on next page

## Política Médica

- Tanto el servicio de E&M como el procedimiento, deben documentarse por el médico o profesional de la salud cualificado en el expediente del paciente para justificar el servicio reclamado con el uso del modificador-25, aunque la documentación no sea requerida para someterse con la reclamación.
- Su contratista no va a retraer el pago de las reclamaciones pagadas o retroactivamente pagar reclamaciones procesadas previas a la implementación del CR5025. Pero, se ajustarán reclamaciones que reciban a su atención.
- Los contratistas no pagarán por un servicio de E&M sometido con un procedimiento que tiene una tarifa de periodo global a menos que el modificador del CPT -25 este adjunto al servicio de E&M para identificarlo por separado del procedimiento. Dicho pago será denegado con los siguientes mensajes:

### Código de razón del ajuste de la reclamación

- **97** – El pago está incluido en la tarifa de otro servicio/procedimiento.

### Código de observación del aviso de remesa

- **M144** – El pago del cuidado pre-/post operatorio está incluido en la tarifa por el procedimiento/cirugía.

### Información Adicional

El CR1250, *Transmittal A-00-40*, 20 de julio de 2000, *Further Information on the Use of Modifier -25 in Reporting Hospital Outpatient Services*, puede encontrarse en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/A0040.PDF> bajo el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Este artículo provee información que es especialmente de gran ayuda para el uso del modificador -25 en una sala de emergencia.

## Medical Policy

- *Both the medically necessary E/M service and the procedure must be appropriately and sufficiently documented by the physician or qualified NPP in the patient's medical record to support the need for Modifier -25 on the claim for these services, even though the documentation is not required to be submitted with the claim.*
- *Your carrier will not retract payment for claims already paid or retroactively pay claims processed prior to the implementation of CR5025. But, they will adjust claims brought to their attention.*
- *Carriers will not pay for an E/M service reported with a procedure having a global fee period unless CPT modifier -25 is appended to the E/M service to designate it as a significant and separately identifiable E/M service from the procedure. Such payment will be denied with the following messages:*

### Claim Adjustment Reason Code

- **97** - *Payment is included in the allowance for another service/procedure.*

### Remittance Advice Remark Code

- **M144** - *Pre-/post-operative care payment is included in the allowance for the surgery/procedure.*

### Additional Information

*CR1250, Transmittal A-00-40, July 20, 2000, Further Information on the Use of Modifier -25 in Reporting Hospital Outpatient Services, can be found at <http://new.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/A0040.PDF> on the CMS web site. This article provides information that is especially helpful for emergency department use of modifier-25.*

Cont. on next page



## Política Médica

CR1725, *Transmittal A-01-80*, 29 de junio de 2001, *Use of Modifier-25 and Modifier-27 in the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)*, puede encontrarse en <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/A0180.pdf> bajo el sitio Web de CMS.

El CR5025 es la instrucción oficial emitida a su contratista con respecto a cambios mencionados en este artículo, MM5025. El CR5025 puede encontrarse a través de <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R954CP.pdf> bajo el sitio Web de CMS.

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

## Medical Policy

CR1725, *Transmittal A-01-80*, June 29, 2001, *Use of Modifier-25 and Modifier-27 in the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)*, can be found at <http://new.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/A0180.pdf> on the CMS web site.

CR5025 is the official instruction issued to your carrier regarding changes mentioned in this article, MM5025. CR 5025 may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R954CP.pdf> on the CMS web site.

For more information, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5025/Transmittal#R954CP/MLN5025/CFH (10/31/2006)

### **CORRECCIÓN AL CÓDIGO HCPCS (CAFFEINE HALOTHANE CONTRACTURE TEST FOR MALIGNANT HYPERTHERMIA SUSCEPTIBILITY)**

#### **Proveedores Afectados**

Proveedores que facturan a los contratistas de Medicare por concepto de pruebas de laboratorio.

#### **Acción Necesaria de Parte del Proveedor**

Vigente el 1 de enero de 2006, usted no tiene que incluir el número CLIA (*Clinical Laboratory Improvement Amendments*) en reclamaciones sometidas con el código HCPCS 89049 [*Caffeine halothane contracture Test (CHCT) for malignant hyperthermia susceptibility*], incluyendo el reporte y su interpretación].

El CR5113 establece que el Código HCPCS 89049 no se considera una prueba bajo el CLIA. Por lo tanto, para llevar a cabo dicha prueba no es necesario que la instalación posea certificación CLIA, ni se requerirá el número CLIA en reclamaciones por su uso.

Asegúrese que su personal de facturación tiene conocimiento respecto a que no es necesario incluir el número CLIA en reclamaciones del Código HCPCS 89049.

### **HCPCS CORRECTION FOR THE CAFFEINE HALOTHANE CONTRACTURE TEST FOR MALIGNANT HYPERTHERMIA SUSCEPTIBILITY**

#### **Provider Types Affected**

*Providers billing Medicare carriers for laboratory tests*

#### **Provider Action Needed**

*Effective January 1, 2006, you do not have to include a Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) number on claims that you submit for HCPCS code 89049 [Caffeine halothane contracture test (CHCT) for malignant hyperthermia susceptibility, including interpretation and report].*

*CR5113 provides that HCPCS code 89049 is not considered a test under CLIA. Therefore, performing this test does not necessitate that a facility have any CLIA certificate, nor require a CLIA number on claims for its use.*

*Make sure that your billing staffs are aware that they do not have to include a CLIA number on claims for CHPCS code 89049.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Trasfondo

Las regulaciones CLIA requieren que la instalación esté debidamente certificada para cada prueba que realiza. Por lo tanto, las reclamaciones de laboratorio actualmente se editan a nivel de certificación CLIA para asegurar que Medicare y Medicaid paguen solamente por las pruebas de laboratorio que se realizan en instalaciones con certificación CLIA válida y vigente.

Dicho esto, el CR5113, del cual se extrae este artículo, informa a los Contratistas sobre una corrección de HCPCS para el código 89049 [*Caffeine halothane contracture Test (CHCT) for malignant hyperthermia susceptibility*], incluyendo el reporte y su interpretación]. Mientras que, actualmente, el código HCPCS 89049 está sujeto a los éditos de CLIA y tiene un código de certificación de laboratorio (LC por sus siglas en inglés) 610 (histopatología), el CR5113 establece que este código HCPCS no se considera una prueba bajo CLIA.

Por lo tanto, vigente el 1 de enero de 2006, los Contratistas removerán los éditos CLIA para el código HCPCS 89049, incluyendo el código LC 610, y no requerirá el uso del número CLIA en reclamaciones del código HCPCS 89049 sometidas por las instalaciones.

Usted debe saber que sus contratistas no están obligados a buscar en sus archivos ya sea para retractarse de pagos o para pagar reclamaciones retroactivas procesadas antes de que este cambio entró en vigor. Sin embargo, ellos harán ajustes en las reclamaciones que sean traídas a su atención.

### Información Adicional

Puede encontrar más información sobre la facturación del código HCPCS 89049 [*Caffeine halothane contracture Test (CHCT) for malignant hyperthermia susceptibility*], incluyendo el informe y su interpretación] haciendo referencia al CR5113, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R984CP.pdf>.

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

## Medical Policy

### Background

*The CLIA regulations require a facility to be appropriately certified for each test that it performs. Therefore, laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level to ensure that Medicare and Medicaid only pay for laboratory tests that are performed in facilities with valid, current CLIA certificates.*

*This being said, CR5113, from which this article is taken, notifies carriers of one HCPCS correction for code 89049 [*Caffeine halothane contracture test (CHCT) for malignant hyperthermia susceptibility, including interpretation and report*]. While, currently, HCPCS code 89049 is subject to CLIA edits and has a laboratory certification (LC) code of 610 (histopathology), CR 5113 provides that this HCPCS code is not considered a test under CLIA.*

*Therefore, effective January 1, 2006, carriers will remove CLIA edits for HCPCS code 89049, including the LC code 610, and will not require a CLIA number on claims submitted by facilities for the HCPCS code 89049.*

*You should be aware that your carriers are not required to search their files to either retract payment or retroactively pay claims processed before this change is made. However, they will adjust claims brought to their attention.*

### Additional Information

*You can find more information about billing for HCPCS code 89049 [*Caffeine halothane contracture test (CHCT) for malignant hyperthermia susceptibility, including interpretation and report*] by going to CR5113, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R984CP.pdf> on the CMS web site.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MM5113 / Trans R984CP / CR5113 / 06-22-06 / ml rrc

## Política Médica

### ACLARACIÓN DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PTA CONCURRENTE CON LA COLOCACIÓN DE UN STENT DE CARÓTIDA APROBADO POR LA “FDA”

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5022, que contiene instrucciones para procesar correctamente las reclamaciones de Stent de carótida. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS según sus siglas en inglés) además actualizó una lista de instalaciones aprobada para llevar a cabo la colocación de un Stent de carótida arterial (CAS). Esta actualización aparece en el Manual de la Determinación Nacional de Cubierta, Publicación 100-03. La Petición de cambio establece que las reclamaciones sometidas por estudios IDE Categoría B y estudios aprobados posteriormente no están sujetos a los mismos requisitos de facturación que un CAS con protección embólica como se indicó en el CR3811 (vigente el 17 de marzo de 2005).

Favor de referirse al anejo del CR5022, transmisión 53 para más información sobre los indicadores de cobertura nacionales para el PTA concurrente con la colocación del Stent de carótida y las instalaciones aceptadas para servicios relacionada al CAS con protección embólica. Se llevo a cabo una corrección en el texto del manual bajo la sección 160.1, último párrafo, se reemplazo el modificador CA por el QA. El resto de información permanece igual.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5022.pdf>

## Medical Policy

### CLARIFICATION ON BILLING REQUIREMENTS FOR PTA CONCURRENT WITH THE PLACEMENT OF AN FDA- APPROVED CAROTID STENT

*This article is based on CR5022, which contains instructions that must be implemented to correctly process carotid stenting claims. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has additionally updated the list of approved facility for carotid artery stenting (CAS) in The National Coverage Determinations Manual, Publication 100-03. Claims that are being billed for Category B IDE studies and post approval studies are not subject to the same billing requirements as a CAS with embolic protection as indicated in CR3811 (Effective March 17, 2005).*

*Please refer to the manual attachment to CR5022, Transmittal 53, for more information about the nationally covered indications for PTA concurrent with carotid stent placement, and for facilities accepted for services related to CAS with embolic protection. A correction was made in the manual text under section 160.1, last paragraph, which changed the last sentence from CA modifier to QA modifier. All other remains the same.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5022.pdf>.*

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

CR5022/Trans. R911CP and R53NCD/MM5022 MAR

## Política Médica

### **CESANTÍA DEL CÓDIGO HCPCS G0107, EXPLORATORIA PARA DETECTAR EL CÁNCER COLORECTAL, A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES FECALES (FOBT), DE 1-3 DETERMINACIONES SIMULTÁNEAS**

A partir del 1 de enero de 2007, el código HCPCS G0107 será eliminado del manual de tarifas fijas para laboratorio clínico. Este código HCPCS (G0107) será reemplazado por el código CPT 82270, para los servicios ofrecidos desde el 1 de enero de 2007 en adelante.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5292.pdf>.

## Medical Policy

### **TERMINATION OF HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODE G0107, COLORECTAL CANCER SCREENING, FECAL OCCULT BLOOD TEST (FOBT), 1-3 SIMULTANEOUS DETERMINATIONS**

*HCPCS code G0107 will be retired at the next annual release of the clinical diagnostic lab fee schedule effective January 1, 2007. This code (G0107) will be replaced with current procedural terminology (CPT) code 82270 for services rendered as of January 1, 2007.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5292.pdf>.*

CR5292/trans.1062/MM5292/MAR

### **DEDUCIBLE NO APLICABLE A LA PRUEBA EXPLORATORIA DE CÁNCER COLORECTAL**

Actualmente el deducible anual de Parte B aplica a las pruebas exploratorias de cáncer colorectal, códigos de procedimiento G0104, G0105, G0106, G0120, y G0121. La Sección 5113 de la Ley de Reducción del Déficit (DRA, según sus siglas en inglés) de 2005 enmienda la Sección 1833(b) de la Acta del Seguro Social eliminando el requisito del deducible anual de Parte B para la prueba exploratoria de cáncer colorectal para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5127.pdf>.

### **NON-APPLICATION OF DEDUCTIBLE FOR COLORECTAL CANCER SCREENING TESTS**

*Currently the annual Part B deductible applies to colorectal cancer screening tests, HCPCS codes G0104, G0105, G0106, G0120, and G0121. Section 5113 of the Deficit Reduction Act (DRA) of 2005 amends Section 1833(b) of the Social Security Act by eliminating the requirement of the annual Part B deductible for colorectal cancer screening tests furnished on or after January 1, 2007.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5127.pdf>.*

CR5127/Trans. 1004/MM5127 abr.

## Política Médica

### PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS

#### Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B o a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por la administración de pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente el 1 de enero de 2006, los Contratistas de la Parte B y los FIs pagarán (de acuerdo a la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos [MPFS por sus siglas en inglés]) los servicios de pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas que caen en el rango de códigos CPT del 96101 hasta el 96120.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) anuncian la revisión a los códigos CPT correspondientes a pruebas psicológicas y neuropsicológicas (códigos del 96101 hasta el 96120) para incluir pruebas realizadas por técnicos y por medio de computadora (Códigos CPT 96102, 96103, 96119 y 96120), además de aquellas pruebas realizadas por médicos, psicólogos clínicos, psicólogos en práctica privada y otros profesionales de la salud cualificados (según se describe en la sección **Trasfondo** más adelante).

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina esté informado de los cambios en los códigos CPT.

#### Trasfondo

La cobertura de la Parte B de Medicare para pruebas psicológicas y neuropsicológicas está autorizada bajo la sección 1861(s)(2)(C) de la Ley de Seguro Social, y el pago de dichas pruebas está autorizado bajo la sección 1842(b)(2)(A) de la Ley de Seguro Social.

Los códigos CPT correspondientes a dichas pruebas están entre el rango de códigos del 96101 al 96120. Los códigos apropiados para facturar pruebas psicológicas son: 96101, 96102, 96103, 96105, 96110, y 96111; en el caso de pruebas

## Medical Policy

### PSYCHOLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL TESTS

#### Provider Types Affected

*Providers who bill Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for the provision of diagnostic psychological and neuropsychological tests.*

#### Provider Action Needed

*Effective January 1, 2006, carriers and FIs will pay (under the Medicare physician fee schedule (MPFS) database) for diagnostic psychological and neuropsychological tests that are within the CPT code range of 96101 through 96120.*

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announces the revision of the CPT codes for psychological and neuropsychological tests (codes 96101 through 96120) to include tests performed by technicians and computers (CPT codes 96102, 96103, 96119 and 96120) in addition to those performed by physicians, clinical psychologists, independently practicing psychologists and other qualified non-physician practitioners (as described in **Background**, below).*

#### What You Need to Do

*Make sure that your billing staffs are aware of the CPT code changes.*

#### Background

*Medicare Part B coverage of psychological tests and neuropsychological tests is authorized under section 1861(s)(2)(C) of the Social Security Act, and payment for these tests is authorized under section 1842(b)(2)(A) of the Social Security Act.*

*The CPT codes for these tests are included in the range of codes from 96101 to 96120. The appropriate codes when billing for psychological tests are: 96101, 96102, 96103, 96105, 96110, and 96111; and when billing for*

Cont. on next page

## Política Médica

neurosicológicas, estos son los códigos a utilizar: 96116, 96118, 96119 y 96120. Todas las pruebas que caen dentro de este rango de códigos (96101-96120) están cubiertas y se reconocen como códigos activos en la base de datos del MPFS.

Específicamente, el CR5204, del cual se extrae este artículo, establece que (vigente el 1 de enero de 2006), los códigos CPT para pruebas psicológicas y neuropsicológicas incluyen pruebas realizadas por técnicos y por computadoras (Códigos CPT 96102, 96103, 96119 y 96120), además de las pruebas realizadas por médicos, psicólogos clínicos, psicólogos con práctica independiente y otros profesionales de la salud cualificados.

Estos cambios, realizados de acuerdo con las regulaciones finales del Manual de Tarifas Fijas para Médicos, se publicaron en el *Federal Register* del 21 de noviembre de 2005 en el 70 FR 70279 y 70280, bajo la tabla 29 (AMA, Relative Value Update Committee (RUC) and Health Care Professional Advisory Committee (HCPAC) Recommendations and CMS Decisions for New and Revised 2006 CPT Codes).

Usted debe saber que existen ciertos requisitos de supervisión para pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas. Primero, bajo las estipulaciones de pruebas diagnósticas, a cada prueba diagnóstica se le asigna cierto nivel de supervisión requerida. Generalmente, las regulaciones que gobiernan las estipulaciones de pruebas diagnósticas permiten que solamente sean médicos los que asignen el nivel de supervisión requerido para tales pruebas; sin embargo, en el caso de pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas, existe una excepción regulatoria que permite que un psicólogo clínico (CP por sus siglas en inglés) o un médico puedan ofrecer la supervisión general asignada.

Más aún, los profesionales de la salud tales como Enfermeros Prácticos (NPs por sus siglas en inglés), Enfermeros Clínicos Especializados (CNSs por sus siglas en inglés) y los Asistentes de Médicos (PAs por sus siglas en inglés) que personalmente realizan pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas están excluidos de tener que realizar dichas pruebas bajo los requisitos

## Medical Policy

*neuropsychological tests are: 96116, 96118, 96119 and 96120. All of the tests under this CPT code range 96101-96120 are covered and indicated as active codes under the MPFS database.*

*More specifically, CR 5204, from which this article is taken, provides that (effective January 1, 2006) the CPT codes for psychological and neuropsychological tests include tests performed by technicians and computers (CPT codes 96102, 96103, 96119 and 96120) in addition to tests performed by physicians, clinical psychologists, independently practicing psychologists and other qualified nonphysician practitioners.*

*These changes, made in accordance with the final physician fee schedule regulation, were published in the Federal Register on November 21, 2005, at 70 FR 70279 and 70280 under Table 29 (AMA, Relative Value Update Committee (RUC) and Health Care Professional Advisory Committee (HCPAC) Recommendations and CMS Decisions for New and Revised 2006 CPT Codes).*

*You should be aware of some supervision requirements for diagnostic psychological and neuropsychological tests. First, under the diagnostic tests provision, all diagnostic tests are assigned a certain level of supervision. Generally, regulations governing the diagnostic tests provision allow only physicians to provide the assigned level of supervision for such tests; however, for diagnostic psychological and neuropsychological tests, there is a regulatory exception that allows either a clinical psychologist (CP) or a physician to perform the assigned general supervision.*

*Moreover, nonphysician practitioners such as nurse practitioners (NPs), clinical nurse specialists (CNSs), and physician assistants (PAs), who personally perform diagnostic psychological and neuropsychological tests are excluded from having to perform these*

Cont. on next page

## Política Médica

de supervisión del beneficio de pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas, o sea, bajo la supervisión general de un médico o un psicólogo clínico.

De hecho, en lugar de realizar las pruebas bajo los requisitos de pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas, los NPs y los CNSs deberán realizar dichas pruebas bajo los requisitos de su respectivo beneficio. Por lo tanto, los NPs y CNSs deben realizar las pruebas (según lo define la ley de Medicare en la sección 1861(aa)(6) del Acta) en colaboración con un médico. Igualmente, los PAs deben realizar las pruebas bajo la supervisión general de un médico, según se requiere para servicios prestados bajo el beneficio de PAs.

Para continuar, los Terapistas Físicos (PTs por sus siglas en inglés), los Terapistas Ocupacionales (OTs por sus siglas en inglés) y los Patólogos del Habla y Lenguaje (SLPs por sus siglas en inglés) tienen autorización para facturar tres (3) códigos de pruebas (96105, 96110 y 96111), como códigos “a veces terapia”. Sin embargo, cuando los PTs, OTs y SLPs realizan estas tres pruebas, deben hacerlo bajo la supervisión general de un médico o un CP.

Usted también debe notar que los gastos relacionados con las pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas no están sujetas a las limitaciones de tratamiento de pacientes ambulatorios de salud mental, lo cual es la limitación de pago de servicios de tratamiento para desórdenes mentales, siconeuróticos y de personalidad, según se autoriza en la Sección 1833(c) del Acta de Seguro Social. Las cantidades de pagos que se facturan por concepto de estas pruebas realizadas por un técnico o por una computadora reflejan un diferencial de pago por “lugar de servicio” (site of service) para casos de ambientes de instalaciones médicas e instalaciones no médicas.

Recuerde que a los CPs, NPs, CNSs y PAs se les requiere por ley aceptar el pago asignado para pruebas psicológicas y neuropsicológicas. Y aunque a los Psicólogos con Práctica Independiente (IPPs por sus siglas en inglés) no se les requiere aceptar el pago asignado para esas pruebas, éstos deben reportar el nombre y dirección del médico que

## Medical Policy

*tests under the supervision requirements of the diagnostic psychological and neuropsychological tests benefit, that is, under the general supervision of a physician or a CP.*

*In fact, rather than providing them under the requirements for diagnostic psychological and neuropsychological tests, NPs and CNSs must perform such tests under the requirements of their respective benefit. Therefore, NPs and CNSs must perform them in collaboration (as defined under Medicare law at section 1861(aa)(6) of the Act) with a physician. Likewise, PAs must perform these tests under the general supervision of a physician as required for services furnished under the PA benefit.*

*To continue, physical therapists (PTs), occupational therapists (OTs) and speech language pathologists (SLPs) are authorized to bill three test codes (96105, 96110, and 96111) as “sometimes therapy” codes. However, when PTs, OTs and SLPs perform these three tests, they must do so under the general supervision of a physician or a CP.*

*You should also note that expenses for diagnostic psychological and neuropsychological tests are not subject to the outpatient mental health treatment limitation, which is the payment limitation on treatment services for mental, psychoneurotic and personality disorders as authorized under Section 1833(c) of the Social Security Act. Further, the payment amounts that are billed for tests performed by a technician or a computer reflect a site of service payment differential for the facility and non-facility settings.*

*Remember that CPs, NPs, CNSs and PAs are required by law to accept assigned payment for psychological and neuropsychological tests. And although Independently Practicing Psychologists (IPPs) are not required to accept assigned payment for these tests, they must report the name and address of the physician who*

Cont. on next page

## Política Médica

ordenó la prueba en el formulario de reclamación al momento de facturar por la misma. (Un IPP es un psicólogo licenciado o certificado que practica la psicología en el Estado o jurisdicción donde presta servicios, o si esa jurisdicción no otorga licencias, que haya sido prestado por un psicólogo en práctica.

Ejemplos de sicólogos (aparte de los CPs) cuyas pruebas psicológicas y neuropsicológicas están cubiertas bajo las provisiones de pruebas diagnósticas incluyen, pero no se limitan a, sicólogos educacionales y sicólogos consejeros. Además, no existe autorización bajo la ley de Medicare para el pago de pruebas diagnósticas cuando las mismas se realizan en una situación "incidental a".

A continuación se encuentra un resumen de proveedores que pueden facturar por concepto de pruebas diagnósticas psicológicas y neuropsicológicas, y se hace referencia a la revisión de cualificaciones, cuando sea apropiado.

## Medical Policy

*ordered the test on the claim form when billing for tests. (An IPP is any psychologist who is licensed (or certified) to practice psychology in the State or jurisdiction where furnishing services or, if the jurisdiction does not issue licenses, if provided by any practicing psychologist. Examples of psychologists (other than CPs) whose psychological and neuropsychological tests are covered under the diagnostic tests provision include, but are not limited to, educational psychologists and counseling psychologists.) Additionally, there is no authorization under Medicare law for payment for diagnostic tests when performed on an "incident to" basis.*

*Following is a summary of who may bill for diagnostic psychological and neuropsychological tests, and references for the review of qualifications, when appropriate.*

### Proveedores que Pueden Facturar por concepto de Pruebas Diagnósticas Psicológicas y Neuropsicológicas

#### *Providers that May Bill for Diagnostic Psychological and Neuropsychological Tests*

<b>CPs</b>	Ver cualificaciones bajo el Capítulo 15, sección 160 del Medicare Benefits Policy Manual.
<b>CPs</b>	<i>See qualifications under Chapter 15, section 160 of the Medicare Benefits Policy Manual.</i>
<b>NPs – depende del alcance de la práctica autorizada por el estado</b>	Ver cualificaciones bajo el Capítulo 15, sección 200 del Medicare Benefits Policy Manual.
<b>NPs –to the extent authorized under State scope of practice.</b>	<i>See qualifications under Chapter 15, section 200 of the Medicare Benefits Policy Manual.</i>
<b>CNSs - depende del alcance de la práctica autorizada por el estado</b>	Ver cualificaciones bajo el Capítulo 15, sección 210 del Medicare Benefits Policy Manual.
<b>CNSs –to the extent authorized under State scope of practice.</b>	<i>See qualifications under Chapter 15, section 210 of the Medicare Benefits Policy Manual.</i>
<b>PAs - depende del alcance de la práctica autorizada por el estado</b>	Ver cualificaciones bajo el Capítulo 15, sección 190 del Medicare Benefits Policy Manual.
<b>PAs – to the extent authorized under State scope of practice.</b>	<i>See qualifications under Chapter 15, section 190 of the Medicare Benefits Policy Manual.</i>
<b>Independently Practicing Psychologists (IPPs)</b>	
<b>PTs, OTs and SLPs</b>	Ver cualificaciones bajo el Capítulo 15, secciones 220-230.6 del Medicare Benefits Policy Manual.
<b>PTs, OTs and SLPs</b>	<i>See qualifications under Chapter 15, sections 220-230.6 of the Medicare Benefits Policy Manual.</i>

Cont. on next page



## Política Médica

El *Medicare Benefits Policy Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>.

### Asuntos Importantes Que Debe Saber:

- Los códigos CPT para pruebas psicológicas y neuropsicológicas realizadas por técnicos o por computadoras incluyen gastos de práctica, gastos de mala práctica y unidades de valor relativo para trabajo profesional. Por lo tanto, el código CPT 96101 para pruebas psicológicas no será pagadero si usted lo incluye en la misma factura donde reclama pruebas o servicios realizados bajo los códigos de pruebas psicológicas 96102 o 96103.

Igualmente, el código CPT para pruebas neuropsicológicas 96118 no será pagadero cuando se incluya en la factura donde se incluyen pruebas o servicios realizados bajo los códigos de pruebas neuropsicológicas 96119 o 96120. Observe, sin embargo, que los códigos CPT 96101 y 96118 pueden, a veces, ser pagados por separado, si se facturan en la misma fecha de servicio para pruebas diferentes y separadas de los códigos 96102, 96103, 96119 y 96120.

- Bajo el MPFS, no habrá pago para servicios realizados por estudiantes o practicantes. Igualmente, Medicare no pagará por servicios representados por los códigos CPT 96102 y 96119, cuando los mismos son realizados por estudiantes o practicantes. Sin embargo, la presencia de un estudiante o un practicante mientras se administra la prueba no evita que el médico, CP, IPP, NP, CNS o PA realice la prueba y reciba pago por las pruebas psicológicas bajo el código 96102, o por pruebas neuropsicológicas bajo el código 96119.
- Los Intermediarios Fiscales continuarán pagando reclamaciones de proveedores de servicios de terapia ambulatoria bajo la Parte B (incluyendo terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla-lenguaje) para

## Medical Policy

The *Medicare Benefits Policy Manual* is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS website.

### **Here are some other important things that you should know.**

- *The technician and computer CPT codes for psychological and neuropsychological tests include practice expense, malpractice expense and professional work relative value units. Therefore, CPT psychological test code 96101 will not be paid if you include it in the bill for the same tests or services performed under psychological test codes 96102 or 96103.*

*Similarly, CPT neuropsychological test code 96118 will not be paid when included in the bill for the same tests or services performed under neuropsychological test codes 96119 or 96120. Note, however, CPT codes 96101 and 96118 can sometimes be paid separately, when billed on the same date of service for different and separate tests from 96102, 96103, 96119 and 96120.*

- *Under the MPFS, there is no payment for services performed by students or trainees. Accordingly, Medicare does not pay for services represented by CPT codes 96102 and 96119, when performed by a student or a trainee. However, the presence of a student or a trainee while the test is being administered does not prevent a physician, CP, IPP, NP, CNS or PA from performing and being paid for the psychological test under 96102 or the neuropsychological test under 96119.*
- *Fiscal intermediaries will continue to pay claims from providers of outpatient Part B therapy services (including physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology) for CPT*

Cont. on next page

## Política Médica

los códigos CPT 96105, 96110 y 96111, con “revenue codes” y sus correspondientes modificadores de terapia (42X con GP, 43X con GO, y 44X con GN, respectivamente).

- Finalmente, sus Contratistas e Intermediarios Fiscales no tienen que buscar en sus archivos para retractarse de pagos de reclamaciones ya pagadas, o para hacer pagos retroactivos de reclamaciones hasta el 1 de enero de 2006. Ellos ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

### Información Adicional

Puede encontrar más información sobre Pruebas Sicológicas y Neurosicológicas leyendo el CR5204, el cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R55BP.pdf>. Usted encontrará, como anejo a este CR, porciones relevantes actualizadas de la Publicación 100.02 (*Medicare Benefit Policy Manual*), Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Sección 80.2 (*Psychological Tests and Neuropsychological Tests*).

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

## Medical Policy

*codes 96105, 96110 and 96111 with revenue codes and corresponding therapy modifiers (42X with GP, 43X with GO, and 44X with GN, respectively).*

- *Finally, your carriers and fiscal intermediaries do not have to search their files to either retract payment for claims already paid, or to retroactively pay claims to January 1, 2006; they will adjust claims that you bring to their attention.*

### Additional Information

*You can find more information about Psychological and Neuropsychological Tests by reading CR 5204, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R55BP.pdf> on the CMS website. As an attachment to this CR, you will find updated relevant portions of Publication 100.02 (*Medicare Benefit Policy Manual*), Chapter 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Section 80.2 (*Psychological Tests and Neuropsychological Tests*).*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MM5204 / Trans R55BP / CR5204 / 10-02-06 / mlv

## Política Médica

### CAMBIOS AL MÓDULO DE ÉDITOS DEL NCD DE LABORATORIO PARA OCTUBRE 2006

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare para servicios de laboratorio clínico diagnóstico prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Impacto en los Proveedores

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5293, que anuncia los cambios que estarán incluidos en la publicación de Octubre 2006 del Módulo de Éditos para servicios de laboratorios clínicos.

#### Trasfondo

Las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs, por sus siglas en inglés) de laboratorio clínico fueron desarrolladas por el comité de reglamentación negociada de laboratorios y se publicaron como reglamentación final el 23 de noviembre de 2001. Subsiguientemente, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), buscaron contratistas para desarrollar aplicaciones de computadora uniformes (a nivel nacional) y la incorporación de los mismos en los sistemas computadorizados compartidos de modo que las reclamaciones de laboratorio sujetas a uno de los 23 NCDs se pudieran procesar uniformemente a través de la nación a partir del 1 de enero de 2003. Las 23 determinaciones nacionales cubiertas se indican a continuación:

1. Cultivo, Bacterial, Orina
2. Prueba Diagnóstica del Virus de Inmunodeficiencia Humana—HIV (Prognosis incluyendo monitoreo)
3. Prueba Diagnóstica del Virus de Inmunodeficiencia Humana – HIV (Diagnóstico)

## Medical Policy

### CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR OCTOBER 2006

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) for clinical diagnostic laboratory services provided for Medicare beneficiaries*

#### Impact on Providers

*This article is based on Change Request (CR) 5293, which announces the changes that will be included in the October 2006 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory services.*

#### Background

*The National Coverage Determinations (NCDs) for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published as a final rule on November 23, 2001. Subsequently, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) contracted for nationally uniform software to be developed and incorporated into its shared systems so that laboratory claims subject to one of the 23 NCDs can be processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003. The 23 national coverage determinations are listed below:*

1. *Culture, Bacterial, Urine*
2. *Human Immunodeficiency Virus Testing (Prognosis including monitoring)*
3. *Human Immunodeficiency Virus Testing (Diagnosis)*

Cont. on next page

## Política Médica

4. Contaje Sanguíneo
5. Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT por sus siglas en inglés)
6. Tiempo de Protombina (PT por sus siglas en inglés)
7. Estudios de Niveles de Hierro
8. Enlaces Cruzados para Colágeno, Cualquier Método
9. Pruebas de Glucosa en Sangre
10. Hemoglobina Glicosilada/Proteína Glicosilada
11. Pruebas de Tiroide
12. Pruebas de Lípidos
13. Ensayo Terapéutico de Digoxina
14. Pruebas de Alfa-Proteína
15. Pruebas de Antígeno Carcinoembrionario
16. Gonadotropina Coriónica Humana
17. Pruebas de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo – CA125
18. Pruebas de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo – CA15-3/CA 27.29
19. Pruebas de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo CA 19-9
20. Pruebas de Antígeno Específico de Próstata
21. Pruebas de Gama Glutamyl Transferasa
22. Panel de Hepatitis/Panel de Hepatitis Aguda
23. Pruebas de Sangre Fecal Oculta

El módulo de ediciones del NCD de laboratorios se actualiza trimestralmente (si es necesario) para reflejar actualizaciones en la codificación y cambios substanciales a los NCDs desarrollados a través del proceso de NCD. (Ver el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub.100-4), Capítulo 16, §120.2, <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf>).

El CR593 informa a su Contratista y FI de Medicare acerca de los cambios en las listas de códigos NCDs de Laboratorio de Octubre 2006 que requieren actualización del módulo de ediciones del NCD de laboratorio. Estos cambios estarán vigentes para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2006.

## Medical Policy

4. *Blood Counts*
5. *Partial Thromboplastin Time*
6. *Prothrombin Time*
7. *Serum Iron Studies*
8. *Collagen Crosslinks, Any Method*
9. *Blood Glucose Testing*
10. *Glycated Hemoglobin/Glycated Protein*
11. *Thyroid Testing*
12. *Lipids*
13. *Digoxin Therapeutic Drug Assay*
14. *Alpha-fetoprotein*
15. *Carcinoembryonic Antigen*
16. *Human Chorionic Gonadotropin*
17. *Tumor Antigen by Immunoassay - CA125*
18. *Tumor Antigen by Immunoassay CA15-3/CA 27.29*
19. *Tumor Antigen by Immunoassay CA 19-9*
20. *Prostate Specific Antigen*
21. *Gamma Glutamyl Transferase*
22. *Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel*
23. *Fecal Occult Blood*

*The laboratory edit module for the NCDs is updated quarterly (as necessary) to reflect coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process. (See the Medicare Claims Processing Manual (Pub.100-4), Chapter 16, §120.2, <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf>).*

*CR5293 informs your Medicare carrier and FI about changes in the laboratory NCD code lists for October, 2006, that require updating of the laboratory edit module. These changes become effective for services furnished on or after October 1, 2006.*

Cont. on page 6

## Política Médica

Los cambios que se están efectuando a las listas NCD de códigos para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2006 son los siguientes:

### 190.12 – Cultivo de Orina, Bacterial

Los siguientes códigos ICD-9-CM se están añadiendo a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Cultivo de Orina, Bacterial (190.12) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 288.00, 288.01, 288.02, 288.03, 288.04, 288.09, 608.20, 608.21, 608.22, 608.23, 608.24, 616.81, 616.89, 780.96, 780.97, 788.64 y 788.65.

Los siguientes códigos ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Cultivo de Orina, Bacterial (190.12) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 288.0, 608.2 y 616.8.

### 190.14 – Prueba para el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH (Diagnóstico)

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Diagnóstico) (190.14) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 052.2, 053.14, 054.74, 288.00, 288.01, 288.02, 288.03, 288.04, 288.09, 288.4, 288.50, 288.51, 288.59, 288.60, 288.61, 288.62, 288.63, 288.64, 288.65, 288.69, 289.53 y 331.83.

El siguiente código ICD-9-CM se está **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Diagnóstico) (190.14) NCD:

- Código ICD-9-CM código 288.0.

### 190.15 – Contaje Sanguíneo

Los siguientes códigos ICD-9-M se están añadiendo a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Contaje Sanguíneo (190.15) NCD:

## Medical Policy

*Changes are being made to the NCD code lists for services furnished on or after October 1, 2006, are as follows:*

### 190.12 – Urine Culture, Bacterial

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Urine Culture, Bacterial (190.12) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 288.00, 288.01, 288.02, 288.03, 288.04, 288.09, 608.20, 608.21, 608.22, 608.23, 608.24, 616.81, 616.89, 780.96, 780.97, 788.64 and 788.65.*

*The following ICD-9-CM codes are being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Urine Culture, Bacterial (190.12) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 288.0, 608.2 and 616.8.*

### 190.14 – Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Diagnosis)

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Diagnosis) (190.14) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 052.2, 053.14, 054.74, 288.00, 288.01, 288.02, 288.03, 288.04, 288.09, 288.4, 288.50, 288.51, 288.59, 288.60, 288.61, 288.62, 288.63, 288.64, 288.65, 288.69, 289.53 and 331.83.*

*The following ICD-9-CM code is being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Diagnosis) (190.14) NCD:*

- *ICD-9-CM code 288.0.*

### 190.15 – Blood Counts

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes that do not support medical necessity for the Blood Counts (190.15) NCD:*

Cont. on next page

## Política Médica

- Códigos ICD-9-CM 338.0, 338.11, 338.12, 338.18, 338.19, 338.21, 338.22, 338.28, 338.29, 338.4, 389.15, 389.16, 478.11, 478.19, 521.81, 521.89, 525.60, 525.61, 525.62, 525.63, 525.64, 525.65, 525.66, 525.67, 525.69, 526.61, 526.62, 526.63, 526.69, 608.20, 608.21, 608.22, 608.23, 608.24, 618.84, V26.34, V26.35, V45.86, V72.11 y V72.19.
- Los códigos ICD-9-CM 521.8 y V72.1 se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para Contaje Sanguíneo (190.15) NCD:

### 190.16 – Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT)

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) (190.16) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, 238.79, 277.30, 277.31, 277.39, 289.81, 649.30, 649.31, 649.32, 649.33, 649.34, 649.50, 649.51, 649.53, 998.12, 995.20, 995.21, 995.27, y 995.29.

Los siguientes códigos ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) (190.16) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 238.7, 277.3 y 995.2

### 190.17 – Tiempo de Protombina (PT)

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Tiempo de Protombina (PT) (190.17) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, 238.79, 277.30, 277.31, 277.39, 289.81, 649.30, 649.31, 649.32, 649.33, 649.34, 649.50, 649.51, 649.53, 995.20, 995.21, 995.27, and 995.29.

Los siguientes códigos ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Tiempo de Protombina (PT) (190.17) NCD:

## Medical Policy

- *ICD-9-CM codes 338.0, 338.11, 338.12, 338.18, 338.19, 338.21, 338.22, 338.28, 338.29, 338.4, 389.15, 389.16, 478.11, 478.19, 521.81, 521.89, 525.60, 525.61, 525.62, 525.63, 525.64, 525.65, 525.66, 525.67, 525.69, 526.61, 526.62, 526.63, 526.69, 608.20, 608.21, 608.22, 608.23, 608.24, 618.84, V26.34, V26.35, V45.86, V72.11 and V72.19.*
- *ICD-9-CM codes 521.8 and V72.1 are **deleted** from the list of codes that do not support medical necessity for the Blood Counts (190.15) NCD.*

### 190.16 – Partial Thromboplastin Time (PTT)

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Partial Thromboplastin Time (PTT)(190.16) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, 238.79, 277.30, 277.31, 277.39, 289.81, 649.30, 649.31, 649.32, 649.33, 649.34, 649.50, 649.51, 649.53, 998.12, 995.20, 995.21, 995.27, and 995.29.*

*The following ICD-9-CM codes are being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Partial Thromboplastin Time (PTT)(190.16) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 238.7, 277.3 and 995.2.*

### 190.17 – Prothrombin Time (PT)

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Prothrombin Time (PT) (190.17) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, 238.79, 277.30, 277.31, 277.39, 289.81, 649.30, 649.31, 649.32, 649.33, 649.34, 649.50, 649.51, 649.53, 995.20, 995.21, 995.27, and 995.29.*

*The following ICD-9-CM codes are being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Prothrombin Time (PT) (190.17) NCD:*

Cont. on next page

## Política Médica

- Códigos ICD-9-CM 238.7, 277.3 y 995.2.

### 190.18 – Estudios de Niveles de Hierro

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para los Estudios de Niveles de Hierro (190.18) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, y 238.79.

El siguiente código ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para Estudios de Niveles de Hierro (190.18) NCD:

- Código ICD-9-CM 238.7.

### 190.20 – Prueba de Glucosa en Sangre

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Glucosa en Sangre (190.20) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 331.83, 528.00, 528.09, 649.20, 649.21, 649.22, 649.23, 649.24 y 780.32.

El siguiente código ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Glucosa en Sangre (190.20) NCD:

- Código ICD-9-CM 528.0.

### 190.22 – Prueba de Tiroides

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Tiroides (190.22) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 331.83, 780.96 y 780.97.

El siguiente código ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Tiroides (190.22) NCD:

- Código ICD-9-CM 793.9.

### 190.23 – Prueba de Lípidos

## Medical Policy

- ICD-9-CM codes 238.7, 277.3 and 995.2.

### 190.18 – Serum Iron Studies

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Serum Iron Studies (190.18) NCD:

- ICD-9-CM codes 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, and 238.79.

The following ICD-9-CM code is being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Serum Iron Studies (190.18) NCD:

- ICD-9-CM code 238.7.

### 190.20 – Blood Glucose Testing

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Blood Glucose Testing (190.20) NCD:

- ICD-9-CM codes 331.83, 528.00, 528.09, 649.20, 649.21, 649.22, 649.23, 649.24 and 780.32.

The following ICD-9-CM code is being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Blood Glucose Testing (190.20) NCD:

- ICD-9-CM code 528.0.

### 190.22 – Thyroid Testing

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Thyroid Testing (190.22) NCD:

- ICD-9-CM codes 331.83, 780.96 and 780.97.

The following ICD-9-CM code is being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Thyroid Testing (190.22) NCD:

- ICD-9-CM code 793.9.

### 190.23 – Lipids Testing

Cont. on next page

## Política Médica

Los siguientes códigos ICD-9-M se están añadiendo a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Lípidos (190.23) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 277.30, 277.31 y 277.39.

El siguiente código ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Lípidos (190.23) NCD:

- Código ICD-9-CM 277.3.

### 190.24 – Ensayo Terapéutico de Digoxina

El siguiente código ICD-9-M se están añadiendo a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para Ensayo Terapéutico de Digoxina (190.24) NCD:

- Código ICD-9-CM 995.20, 995.21, 995.27 y 995.29.

El siguiente código ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para Ensayo Terapéutico de Digoxina (190.24) NCD:

- Código ICD-9-CM 995.2.

### 190.25 – Alfafetoproteína

Los siguientes códigos ICD-9-M se están añadiendo a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la prueba de Alfafetoproteína (190.25) NCD:

- Códigos ICD-9-CM V86.0, V86.1, 795.89 y 338.3.

### 190.26 – Prueba de Antígeno Carcinoembrionario

Los siguientes códigos ICD-9-M se están añadiendo a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Antígeno Carcinoembrionario (190.26) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 795.81, 795.89 y 338.3.

### 190.27 – Gonadotropina Coriónica Humana

## Medical Policy

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Lipids Testing (190.23) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 277.30, 277.31 and 277.39.*

*The following ICD-9-CM code is being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Lipids Testing (190.23) NCD:*

- *ICD-9-CM code 277.3.*

### 190.24 – Digoxin Therapeutic Drug Assay

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Digoxin Therapeutic Drug Assay (190.24) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 995.20, 995.21, 995.27 and 995.29.*

*The following ICD-9-CM code is being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Digoxin Therapeutic Drug Assay (190.24) NCD:*

- *ICD-9-CM code 995.2.*

### 190.25 – Alpha-fetoprotein

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Alpha-fetoprotein (190.25) NCD:*

- *ICD-9-CM codes V86.0, V86.1, 795.89 and 338.3.*

### 190.26 – Carcinoembryonic Antigen

*The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Carcinoembryonic Antigen (190.26) NCD:*

- *ICD-9-CM codes 795.81, 795.89 and 338.3.*

### 190.27 – Human Chorionic Gonadotropin

Cont. on next page



## Política Médica

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Gonadotropina Coriónica Humana (190.27) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 795.89 y 338.3.

### **190.28 – Antígeno de Tumor por Inmunoensayo CA125**

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Antígeno de Tumor Antígeno por Inmunoensayo CA 125 (190.28) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 795.82, 795.89 y 338.3.

### **190.29 – Prueba de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo CA15-3/CA27.29**

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo CA15-3/CA27.29 (190.29) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 338.3 y 795.89.

### **190.30 – Prueba de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo CA 19.9**

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo CA19.9 (190.30) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 338.3 y 795.89.

### **190.31 – Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA)**

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA) (190.31) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 600.00, 600.10, 600.11, 600.21, 788.64 y 788.65.

### **190.32 – Pruebas de Gama Glutamyl Transferasa (GGT)**

## Medical Policy

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Human Chorionic Gonadotropin (190.27) NCD:

- ICD-9-CM codes 795.89 and 338.3.

### **190.28 – Tumor Antigen by Immunoassay CA 125**

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Tumor Antigen by Immunoassay CA 125 (190.28) NCD:

- ICD-9-CM codes 795.82, 795.89 and 338.3.

### **190.29 – Tumor Antigen by Immunoassay CA 15-3/CA27.29**

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Tumor Antigen by Immunoassay CA 15-3/CA27.29 (190.29) NCD:

- ICD-9-CM codes 338.3 and 795.89.

### **190.30 – Tumor Antigen by Immunoassay CA 19.9**

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Tumor Antigen by Immunoassay CA 19.9 (190.30) NCD:

- ICD-9-CM codes 338.3 and 795.89.

### **190.31 - Prostate Specific Antigen (PSA)**

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Prostate Specific Antigen (PSA) (190.31) NCD:

- ICD-9-CM codes 600.00, 600.10, 600.11, 600.21, 788.64 and 788.65.

### **190.32 – Gamma Glutamyl Transferase (GGT)**

Cont. on next page

## Política Médica

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para las Pruebas de Gama Glutamyl Transferasa (GGT) (190.32) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, 238.79, 277.30, 277.31 y 277.39.

Los siguientes códigos ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para Pruebas de Gama Glutamyl Transferasa (GGT) (190.32) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 238.7 y 277.3.

### 190.33 – Panel de Hepatitis / Panel de Hepatitis Aguda

El código ICD-9-M **780.32** se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el Panel de Hepatitis/Panel de Hepatitis Aguda (190.33) NCD.

### 190.34 – Prueba de Sangre Fecal Oculta (FOBT)

Los siguientes códigos ICD-9-M se están **añadiendo** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Sangre Fecal Oculta (FOBT) (190.34) NCD:

- Códigos ICD-9-CM 284.2 y 338.3.

El siguiente código ICD-9-CM se están **eliminando** de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para la Prueba de Sangre Fecal Oculta (FOBT) (190.34) NCD:

- Código ICD-9-CM 995.2.

### Lista de Códigos ICD-9-CM denegados para todos los NCDs

Los siguientes códigos ICD-9-CM se están **añadiendo** a la lista de códigos denegados para todos los NCDs:

- Códigos ICD-9-CM **V18.51, V18.59, V82.71 y V82.79.**

El código ICD-9-CM V18.5 se **eliminó** de la lista de códigos denegados ICD-9-CM para todos los NCDs.

## Medical Policy

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Gamma Glutamyl Transferase (GGT) (190.32) NCD:

- ICD-9-CM codes 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, 238.79, 277.30, 277.31 and 277.39.

The following ICD-9-CM codes are being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Gamma Glutamyl Transferase (GGT) (190.32) NCD:

- ICD-9-CM codes 238.7 and 277.3.

### 190.33 – Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel

The following ICD-9-CM code of 780.32 is being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel (190.33) NCD.

### 190.34 – Fecal Occult Blood Test (FOBT)

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Fecal Occult Blood Test (FOBT) (190.34) NCD:

- ICD-9-CM codes 284.2 and 338.3.

The following ICD-9-CM codes are being **deleted** from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Fecal Occult Blood Test (FOBT) (190.34) NCD:

- ICD-9-CM code 995.2.

### List of denied ICD-9-CM codes for all NCDs

The following ICD-9-CM codes are being **added** to the list of denied ICD-9-CM codes for all NCDs:

- ICD-9-CM codes **V18.51, V18.59, V82.71 and V82.79.**

ICD-9-CM code V18.5 is **deleted** from the list of denied ICD-9-CM codes for all NCDs.

Cont. on next page

## Política Médica

### Implementación

La fecha de implementación para el CR5293 es el 2 de octubre de 2006.

### Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial enviada a su Contratista/Intermediario sobre este cambio en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1050CP.pdf>.

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

Pub. MM5293 / Trans R1050CP / CR5293 / 09-14-06 / mlv rrc

## Medical Policy

### Implementation

*The implementation date for CR5293 is October 2, 2006.*

### Additional Information

*To 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/R1050CP.pdf> on the CMS web site.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

## RECORDATORIO – MEDICARE PROVEE COBERTURA PARA PRUEBAS DE EXPLORATORIA DE DIABETES PARA BENEFICIARIOS ELEGIBLES DE MEDICARE

### Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores, suplidores y otros profesionales de la salud bajo el Sistema de Pago por Servicios Mediante Tarifa Fija (FFS por sus siglas en inglés) que hacen referidos para y/o que someten reclamaciones por concepto de pruebas de exploratoria de diabetes cubiertas por Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo sirve como recordatorio acerca de la cobertura de Medicare para pruebas de exploratoria de diabetes para beneficiarios elegibles. Necesitamos su ayuda para asegurar que a los beneficiarios de Medicare se les evalúe y se les notifique sobre los factores de riesgo de diabetes o pre-diabetes y que aquellos que son elegibles, aprovechen todas las ventajas del beneficio de pruebas de exploratoria de diabetes que les ofrece Medicare.

## REMINDER – MEDICARE PROVIDES COVERAGE FOR DIABETES SCREENING TESTS FOR ELIGIBLE MEDICARE BENEFICIARIES

### Provider Types Affected

*All Medicare fee-for-service (FFS) physicians, providers, suppliers, and other health care professionals who provide referrals for and/or file claims for Medicare-covered diabetes screening tests*

### Provider Action Needed

*This article serves as a reminder that Medicare provides coverage of diabetes screening tests for eligible Medicare beneficiaries. We need your help in ensuring that Medicare beneficiaries are assessed for and informed about their risks factors for diabetes or pre-diabetes, and that those who are eligible take full advantage of the Medicare diabetes screening benefit.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Introducción

El *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (MMA) de 2003 ha expandido los servicios preventivos cubiertos por Medicare para incluir pruebas de exploratoria de diabetes, vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2005, para beneficiarios en riesgo de padecer diabetes o para aquellos con un diagnóstico de pre-diabetes.

La información que se provee en este artículo de Edición Especial de MLN Matters sirve de recordatorio a los profesionales de la salud sobre cobertura, elegibilidad, frecuencia y guías de codificación para pruebas de exploratoria de diabetes, de modo que usted le pueda comunicar a sus pacientes que son beneficiarios de Medicare sobre este beneficio preventivo, y que también puedan someter sus reclamaciones por concepto de dichos servicios de manera adecuada.

### Pruebas Incluidas:

La cobertura incluye las siguientes pruebas de exploratoria para detectar diabetes:

- Una prueba de glucosa en sangre en ayuna, **y**
- Una prueba de reto post-glucosa (prueba de tolerancia oral de glucosa con una dosis de 75 gramos de glucosa para adultos (excluyendo mujeres embarazadas), **O**
- Una prueba de reto post-glucosa de 2 horas, realizada por separado.

**Nota:** Otras pruebas de sangre para exploratoria de diabetes en las que CMS no ha indicado cobertura nacional de manera específica, continúan sin cobertura.

### Elegibilidad

Los beneficiarios de Medicare que poseen alguno de los siguientes factores de riesgo de diabetes son elegibles para recibir pruebas de exploratoria:

- Hipertensión
- Dislipidemia
- Obesidad (índice de masa corporal igual o mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>); o

## Medical Policy

### Introduction

*The Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA) expanded preventive services covered by Medicare to include diabetes screening tests, effective for services provided on or after January 1, 2005, for beneficiaries at risk for diabetes or those diagnosed with pre-diabetes.*

*The information in this Special Edition MLN Matters article reminds health care professionals about the coverage, eligibility, frequency, and coding guidelines for diabetes screening tests so that you can talk with your Medicare patients about this preventive benefit and file claims properly for the screening service.*

### Tests Included

*Coverage includes the following diabetes screening tests:*

- *A fasting blood glucose test, **and***
- *A post-glucose challenge test (an oral glucose tolerance test with a glucose challenge of 75 grams of glucose for non-pregnant adults), **OR***
- *A 2-hour post-glucose challenge test alone.*

**Note:** *Other diabetes screening blood tests for which the Centers for Medicare & Medicaid Services has not specifically indicated national coverage continue to be non-covered.*

### Eligibility

*Medicare beneficiaries who have any of the following risk factors for diabetes are eligible for this screening benefit:*

- *Hypertension;*
- *Dyslipidemia;*
- *Obesity (a body mass index equal to or greater than 30 kg/m<sup>2</sup>); or*

Cont. on next page

## Política Médica

- Identificación previa de valores elevados de glucosa en ayuna o en pruebas de tolerancia a la glucosa.

o

Los beneficiarios de Medicare que tengan un factor de riesgo compuesto de al menos dos de las siguientes características, son elegibles para el beneficio de pruebas de exploratoria:

- Sobrepeso (índice de masa corporal > 25 pero < 30 Kg/m<sup>2</sup>);
- Historial familiar de diabetes
- 65 años de edad o más
- Historial de diabetes mellitus gestacional o haber dado a luz un bebé de 9 libras o más.

**Nota:** Aquellos beneficiarios de Medicare que ya han sido diagnosticados con diabetes no tendrán cobertura para pruebas de exploratoria bajo el MMA ya que estos pacientes no requieren pruebas de exploratoria.

### Frecuencia

- Beneficiarios con un diagnóstico de pre-diabetes:
  - Medicare provee cobertura para dos pruebas de exploratoria por año (una cada seis meses) en casos de beneficiarios diagnosticados con pre-diabetes.
- Beneficiarios que no han recibido un diagnóstico previo de pre-diabetes:
  - Medicare provee cobertura para una prueba de exploratoria para beneficiarios que han sido evaluados anteriormente y que no han recibido un diagnóstico de pre-diabetes; o para pacientes que nunca han sido evaluados para diabetes.

**Nota:** El beneficiario de Medicare debe recibir un referido de su médico o profesional de la salud cualificado para que se le realicen las pruebas de exploratoria de diabetes.

## Medical Policy

- *Previous identification of elevated impaired fasting glucose or glucose tolerance.*

*or*

*Medicare beneficiaries who have a risk factor consisting of at least two of the following characteristics are eligible for this screening benefit:*

- *Overweight (a body mass index > 25, but <30 kg/m<sup>2</sup>);*
- *A family history of diabetes;*
- *Age 65 years or older;*
- *A history of gestational diabetes mellitus, or delivering a baby weighing > 9 pounds.*

**Note:** *No coverage is permitted under the MMA benefit for beneficiaries previously diagnosed with diabetes since these individuals do not require screening.*

### Frequency

- *Beneficiaries diagnosed with pre-diabetes:*
  - *Medicare provides coverage for two diabetes screening tests per year (once every six months) for beneficiaries diagnosed with pre-diabetes.*
- *Beneficiaries not previously diagnosed with pre-diabetes:*
  - *Medicare provides coverage for one screening per year for beneficiaries who were previously tested who were not diagnosed with pre-diabetes, or who have never been tested.*

**Note:** *The Medicare beneficiary must be provided with a referral by a physician or qualified non-physician practitioner for the diabetes screening test (s).*

Cont. on next page

## Política Médica

### Información para Someter Reclamaciones

Los siguientes códigos HCPCS, código de diagnóstico y modificador, se deben utilizar al momento de someter reclamaciones de pruebas de exploratoria de diabetes:

HCPCS Codes	Code Descriptors
82947	Glucose; quantitative, blood (except reagent strip)
82950	Glucose; post glucose dose (includes glucose)
82951	Glucose; tolerance test (GTT), three specimens (includes glucose)
Diagnosis Code	V77.1 To indicate that the purpose of the test(s) is for diabetes screening for a beneficiary that does not meet the *definition of pre-diabetes, screening diagnosis code V77.1 is required in the header diagnosis section of the claim.
	To indicate that the purpose of the test (s) is for diabetes screening for a beneficiary that meets the *definition of pre-diabetes, screening diagnosis code V77.1 is required in the header diagnosis section of the claim and modifier "TS" (follow-up service) is to be reported on the line item.

#### \* Definiciones

**Diabetes:** Diabetes mellitus, una condición de metabolización anormal de glucosa diagnosticada por medio de pruebas de azúcar en sangre > 126 mg/dL en dos ocasiones diferentes; o por medio de una prueba reto post-glucosa de dos horas > 200 mg/dL en dos ocasiones diferentes; o por medio de una prueba al azar que arroje resultados de > 200 mg/dL para un individuo con síntomas de diabetes descontrolada.

**Pre-diabetes:** Metabolización anormal de glucosa diagnosticada por medio de una prueba previa de glucosa en ayunas con un nivel de glucosa de 100 a 125 mg/dL, o por medio de una prueba de reto de glucosa de dos horas con un nivel de glucosa de 140 a 199 mg/dL. El término "pre-diabetes" incluye pruebas con valores elevados de glucosa en ayuna o en pruebas de tolerancia a la glucosa.

#### Pago por Pruebas de Exploratoria de Diabetes

Medicare pagará el costo de las pruebas de exploratoria de diabetes de acuerdo a lo establecido por las Tarifas Fijas de Pagos a Laboratorios Clínicos de Medicare. Los beneficiarios de Medicare pueden recibir la prueba de exploratoria para diabetes sin costo alguno. No le aplica coaseguro, copago, ni deducible.

## Medical Policy

### Claim Filing Information

*The following Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes, diagnosis code, and modifier must be used when filing claims for diabetes screening tests:*

#### \*Definitions

**Diabetes:** *Diabetes mellitus, a condition of abnormal glucose metabolism diagnosed from a fasting blood sugar >126 mg/dL on two different occasions; a two-hour post-glucose challenge >200 mg/dL on two different occasions; or a random glucose test >200 mg/dL for an individual with symptoms of uncontrolled diabetes.*

**Pre-diabetes:** *Abnormal glucose metabolism diagnosed from a previous fasting glucose level of 100 to 125 mg/dL, or a two-hour post-glucose challenge of 140 to 199 mg/dL. The term "pre-diabetes" includes impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance.*

#### Payment for Diabetes Screening Tests

*Medicare will pay for diabetes screening tests under the Medicare Clinical Laboratory Fee Schedule. Medicare beneficiaries can receive the diabetes screening test at no cost to them. There is no coinsurance, co-payment, or deductible for this benefit.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Más Información Disponible

Si desea más detalles sobre los beneficios de pruebas de exploratoria de diabetes de Medicare, visite el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/DiabetesScreening/> en el sitio Web de CMS.

CMS también ha desarrollado una variedad de programas y recursos educativos para ayudar a los profesionales de la salud y su personal de apoyo a familiarizarse con temas de cobertura, codificación, facturación y reembolso de todos los servicios preventivos que ofrece Medicare:

- El sitio Web MLN Preventive Services Educational Products brinda descripciones y permite solicitar información sobre productos educativos específicos relacionados a los servicios preventivos. Dicha información está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp).
- El sitio Web de CMS provee información sobre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Acceda el siguiente enlace, <http://www.cms.hhs.gov>, seleccione “Medicare” y busque hacia abajo la sección “Prevention”.
- Para información sobre materiales educativos que puede compartir con sus pacientes, visite el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov>.

Los beneficiarios de Medicare pueden obtener información sobre los servicios preventivos que ofrece Medicare a través del siguiente enlace: <http://www.medicare.gov>. Pulse en la sección “Preventive Services”. También puede comunicarse a través del número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

## Medical Policy

### For More Information

*For more information about Medicare’s diabetes screening benefit, visit the CMS Diabetes Screening web page at <http://www.cms.hhs.gov/DiabetesScreening/> on the CMS website.*

*CMS has also developed a variety of educational products and resources to help health care professionals and their staff become familiar with coverage, coding, billing, and reimbursement for all preventive services covered by Medicare:*

- *The MLN Preventive Services Educational Products Web Page provides descriptions and ordering information for all provider specific educational products related to preventive services. The web page is located at [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp) on the CMS web site.*
- *The CMS web site provides information for each preventive service covered by Medicare. Visit <http://www.cms.hhs.gov>, select “Medicare,” and scroll down to “Prevention.”*
- *For products to share with your Medicare patients, visit <http://www.medicare.gov> on the web.*

*Medicare beneficiaries can obtain information about Medicare preventive benefits at <http://www.medicare.gov> and then click on “Preventive Services”. They can also call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. SE0660 / Trans N/A / CR N/A / N/A / mlv rrc

## Políticas de Pago

### ACLARACIÓN ACERCA DE LOS DÍAS VIGENTES PARA QUE LOS CONTRATISTAS AJUSTEN RECLAMACIONES: DENEGADAS POR FALTA DEL MODIFICADOR QR PARA EL REEMPLAZO DEL DEFIBRILADOR

Esta petición de cambio (CR, por sus siglas en inglés) aclara que los contratistas deben considerar cualquier fecha pagadera de servicio cuando un proveedor solicite un ajuste por una reclamación denegada por falta del modificador QR para el reemplazo de defibrilador. La fecha vigente no es la fecha del servicio, sino la fecha de cuando se activa el édito del modificador QR. Esta aclaración debe implementarse no más tarde de 90 días de haberse emitido esta petición de cambio; si los contratistas desean implementarlo antes pueden hacerlo. Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5104.pdf>.

## Billing Policies

### CLARIFICATION REGARDING EFFECTIVE DATES FOR CARRIER CLAIM ADJUSTMENTS: DENIED REPLACEMENT DEFIBRILLATOR CLAIMS LACKING A QR MODIFIER

*This CR clarifies that carriers are to consider any payable date of service when a provider seeks an adjustment of a replacement defibrillator claim denied for lack of QR modifier. The effective date is not the date of service but instead reflects the original "turn-on" date of the QR modifier edits. The clarification is to be implemented no later than 90 days from issuance of this CR; if carriers can implement it sooner, they are to do so. Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5104.pdf>.*

CR5104/Trans.971/MM5104/mar

### ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DE AGENTES DE RADIOFÁRMACOS PARA PET SCAN

A través de esta nota le recordamos que la Petición de Cambio 5054 actualizó el Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4 Capítulo 13, Sección 60.3.8 para incluir dos códigos HCPCS nuevos para los agentes radiofármacos de imágenes diagnósticas. Desde 1 de enero de 2006 el código A9555 reemplazó el Q3000 y el A9552 reemplazó el C1775. Los códigos HCPCS Q3000 y C1775 se eliminaron al 31 de diciembre de 2005.

Las tarifas para estos dos nuevos códigos y de los demás códigos de radiofármacos se publicaron en las páginas 52-54 del **Medicare Informa** de abril, mayo y junio 2006 - Vol. 86. Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5054.pdf>.

### UPDATE OF RADIOPHARMACEUTICAL IMAGING AGENTS CODES APPLICABLE TO PET SCAN

*This note serves as a reminder that Change Request 5054 updated the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4 Chapter 13, Section 60.3.8 to include two new HCPCS codes for radiopharmaceutical diagnosis imaging agents. As of January 1, 2006, code A9555 replaced Q3000 and A9552 replaced C1775. HCPCS codes Q3000 and C1775 were deleted on December 31, 2005.*

*The fees for these two new codes and other radiopharmaceutical codes were published in pages 52-54 of the April, May, June 2006 - Medicare Informa, Vol. 86. Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5054.pdf>.*

CR5054/Trans. 923/MM5054 abr-DG



## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE TARIFAS FIJAS 2006 PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICO, ORTÓTICO Y SUMINISTROS (DMEPOS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

#### Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare de la Parte B, incluyendo a los contratistas de Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés), Contratistas Regionales (DMERCs por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME MACs por sus siglas en inglés), y/o 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 pagaderos bajo las Tarifas Fijas DMEPOS.

#### Trasfondo

Este artículo y la Petición de Cambio (CR) 5255 proveen información específica referente a la actualización trimestral de Octubre 2006 a las Tarifas Fijas DMEPOS.

#### Puntos Clave

##### Actualización Trimestral

Las tarifas fijas DMEPOS se actualizan trimestralmente con el fin de:

- Implementar tarifas fijas de pago para códigos nuevos; y
- Revisar cualquier cantidad de pago de códigos existentes que hayan sido calculadas erróneamente.

#### Pago Requerido

Se requiere el pago a base de tarifa fija para el pago de:

- Equipo Médico Duradero (DME), aparatos protéticos, ortóticos, prótesis y vendajes quirúrgicos, según se establece en la Ley de Seguro Social (Secciones 1834(a)(h)(i)); y

## Billing Policies

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

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including durable medical equipment (DME) regional carriers (DMERCs) and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), and/or fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs), for services paid under the DMEPOS Fee Schedule.*

#### Background

*This article and related CR5255 provide specific information regarding the quarterly update for the October 2006 DMEPOS Fee Schedule.*

#### Key Points

##### Quarterly Update

*The DMEPOS fee schedules are updated on a quarterly basis to:*

- *Implement fee schedule amounts for new codes; and*
- *Revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error.*

#### Required Payment

*Payment on a fee schedule basis is required for:*

- *Durable Medical Equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by the Social Security Act (Sections 1834(a)(h)(i)); and*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Nutrición Parenteral y Enteral (PEN por sus siglas en inglés), de acuerdo a las reglamentaciones contenidas en el Código de Reglamentaciones Federales (42 CFR 414.102).

### Códigos Añadidos al Sistema de Códigos HCPCS

Los siguientes códigos se añaden a la lista de Códigos HCPCS el 1 de octubre de 2006 y tienen vigencia para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2006:

- Código K0738 (*Portable Gaseous Oxygen System, Rental; Home Compressor Used To Fill Portable Oxygen Cylinders; Includes Portable Containers, Regulator, Flow meter, Humidifier, Cannula Or Mask, And Tubing*) Este código debe utilizarse en la facturación y pago de equipo de llenado de oxígeno utilizado en el hogar del beneficiario para el llenado de cilindros de oxígeno gaseoso portátiles.
- Códigos HCPCS del K0800 hasta el K0802; del K0806 hasta el K0808; del K0812 hasta el K0816; del K0820 hasta el K0831; del K0835 hasta el K0843; del K0848 hasta el K0864; del K0868 hasta el K0871; del K0877 hasta el K0880; del K0884 hasta el K0886; los códigos K0890, K0891, K0898 y K0899, según resulte apropiado, para reclamaciones de Aparatos de Movilidad Motorizados (Power Mobility Devices).

Las descripciones de estos y otros códigos mencionados en este artículo se encuentran en el CR5255, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1037.pdf>.

Para sillas de rueda motorizadas suministradas en alquiler, con fechas de servicio previo al 1 de octubre de 2006, use los códigos K0010, K0011, K0012 y K0014, según sea apropiado.

Para reclamaciones con códigos K0010, K0011, K0012 y K0014 con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2006, si las reclamaciones fueron por el pago de la renta inicial del artículo, las mismas se rechazarán.

## Billing Policies

*Parenteral and Enteral Nutrition (PEN) by regulations contained in the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102).*

### Codes Added to HCPCS

*The following codes are being added to the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) on October 1, 2006, and are effective for claims with dates of service on or after October 1, 2006:*

- Code K0738 (*Portable Gaseous Oxygen System, Rental; Home Compressor Used To Fill Portable Oxygen Cylinders; Includes Portable Containers, Regulator, Flow meter, Humidifier, Cannula Or Mask, And Tubing*) This code is to be used for billing and payment for oxygen transfilling equipment used in the beneficiary's home to fill portable gaseous oxygen cylinders.
- HCPCS codes K0800 through K0802, K0806 through K0808, K0812 through K0816, K0820 through K0831, K0835 through K0843, K0848 through K0864, K0868 through K0871, K0877 through K0880, K0884 through K0886, K0890, K0891, K0898 and K0899, as appropriate, for related Power Mobility Device claims.

*The descriptions for these codes and other codes in this article may be found in CR5255 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1037.pdf> on the CMS web site.*

*For power wheelchairs furnished on a rental basis with dates of service prior to October 1, 2006, use codes K0010, K0011, K0012, and K0014 as appropriate.*

*Claims for K0010, K0011, K0012 and K0014 with dates of service on or after October 1, 2006, if the claims are for purchase of initial rental of the item, will be rejected.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Las tarifas fijas para el código HCPCS E1238 (*Wheelchair, Pediatric Size, Folding, Adjustable, Without Seating System*) se revisaron como parte de esta actualización para corregir errores de cálculo, y las mismas tendrán vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006.

Las cantidades de tarifa fija para los códigos E2620 y E2621 están bajo revisión para corregir los errores en la asignación de pago en reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006.

Las tarifas fijas de pago para el código HCPCS A7043 (*Vacuum drainage bottle and tubing for use with implanted catheter*) está bajo revisión como parte de esta actualización para corregir errores de cálculo y tendrá vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006.

Reclamaciones procesadas previamente para códigos E2620, E2621, A7043 y E1238 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006 se ajustarán si las mismas se vuelven a someter como ajustes.

El manual de tarifas fijas para el código HCPCS L8689 (*External recharging system for implanted neurostimulator, replacement only*) fue revisado. Los Contratistas y FIs ajustarán reclamaciones procesadas previamente para el Código L8689 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006, si las mismas se someten nuevamente como ajustes.

El código HCPCS L8689 debe ser utilizado solamente para sistemas externos que recargan baterías implantadas (ejemplo: recarga externa de baterías implantadas en el paciente). Reclamaciones para el reemplazo de otros tipos de sistemas de recarga de batería neuroestimulante implantada deben facturarse con el código L8699.

El manual de tarifas fijas para el código HCPCS L2232 (*Addition to lower extremity orthosis, rocker bottom for total contact ankle foot orthosis, for custom fabricated orthosis only*) se añade al archivo de tarifas fijas el 1 de octubre de 2006, y tiene vigencia para reclamaciones nuevas con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2005.

## Billing Policies

*The fee schedules for HCPCS code E1238 (Wheelchair, Pediatric Size, Folding, Adjustable, Without Seating System) are being revised as part of this update to correct errors in calculation and are effective for dates of service on or after January 1, 2006.*

*Fee schedule amounts for codes E2620 and E2621 are being revised to correct fee schedule assignment errors for claims with dates of service on or after January 1, 2006.*

*The fee schedules for HCPCS code A7043 (Vacuum drainage bottle and tubing for use with implanted catheter) are being revised as part of this update to correct calculation errors and will be effective for dates of service on or after January 1, 2006.*

*Previously processed claims for codes E2620, E2621, A7043 and E1238 with dates of service on or after January 1, 2006, will be adjusted if they are resubmitted as adjustments.*

*The fee schedule for HCPCS code L8689 (External recharging system for implanted neurostimulator, replacement only) was revised. FIs and carriers will adjust previously processed claims for code L8689 with dates of service on or after January 1, 2006, if they are resubmitted as adjustments.*

*HCPCS code L8689 should only be used for external systems that recharge implanted batteries (i.e., external recharging of batteries that area inside the patient). Claims for replacements for other types of implanted neurostimulator battery charging systems should be submitted using L8699.*

*The fee schedules for HCPCS code L2232 (Addition to lower extremity orthosis, rocker bottom for total contact ankle foot orthosis, for custom fabricated orthosis only) are added to the fee schedule file on October 1, 2006, and are effective for new claims with dates of service on or after January 1, 2005.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Los códigos H0049 (*Alcohol And/Or Drug Screening*) y H0050 (*Alcohol And/Or Drug Services, Brief Intervention, Per 15 Minutes*) se añadieron a la lista de Códigos HCPCS el 30 de junio de 2006, y estarán disponibles el 1 de enero de 2007 para asignación por parte de las aseguradoras, de acuerdo con sus respectivos programas y políticas.

### Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 2 de octubre de 2006.

### Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI, RHHI, DMERC o DME/MAC en relación a este cambio visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1037CP.pdf>.

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

## Billing Policies

*Codes H0049 (Alcohol And/Or Drug Screening) and H0050 (Alcohol And/Or Drug Services, Brief Intervention, Per 15 Minutes) are being added to the HCPCS on June 30, 2006, and will be available on January 1, 2007, for assignment by insurers in accordance with their programs and policies.*

### Implementation

*The implementation date for the instruction is October 2, 2006.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your Medicare carrier, FI, RHHI, DMERC, or DME/MAC regarding this change. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1037CP.pdf> on the CMS web site.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MM5255 / Trans R1037CP / CR5255 / 09-06-06 / ml rrc

## TARIFAS DMEPOS EQUIPO Y SUMINISTRO PARA EL MANEJO DEL DOLOR

El manual de tarifas fijas para equipo médico se actualiza anualmente de acuerdo a los estatutos y regulaciones. Para este año 2006 se añadieron nuevos códigos HCPCS de suministros ortóticos y prostéticos. Los mismos caen bajo la jurisdicción del Carrier local, en lugar de DMERC. Las tarifas fueron establecidas por el Carrier para los siguientes suministros.

## DMEPOS FEES SPINAL CORD STIMULATION SYSTEM

*The DMEPOS fee schedules are updated on an annual basis in accordance with the statute and regulations. Some orthotics and prosthetics supplies codes are being added to the HCPCS effective January 1, 2006. These codes fall under the jurisdiction of the local carriers rather than the DMERCs. The carrier will be calculating the fee schedule amounts for the following supplies.*

Code	Description	Fee
L8680	Implantable Neurostimulator Electrode, Each	\$372.52
L8681	Patient Programmer (external) for use with implantable programmable neurostimulator pulse generator	\$916.00
L8687	Implantable neurostimulator pulse generator, dual array, rechargeable, includes extension	\$13,453.94
L8689	External recharging system for implanted neurostimulator, replacement only	\$33.74
L8699	Prosthetic implant, not otherwise classified	Invoice
L9900	Orthotic and prosthetic supply, accessory, and/or service component of another HCPCS L code orthotic and prosthetic supply, accessory, and/or service component of another HCPCS L code	Invoice

Trans. 770 / CR 4194 / 12-02-05 / MRC

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2006 A LA BASE DE DATOS DE TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFS)

#### Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que le facturan a Medicare por concepto de servicios profesionales pagaderos bajo el sistema de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

#### Lo Que Necesita Saber

El CR5272, del cual se obtiene este artículo, enmienda los archivos de pago (basado en la Reglamentación Final de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos del 21 de noviembre de 2005) que habían sido publicados previamente a sus contratistas.

#### Trasfondo

La Sección 1848(c)(4) de la Ley de Seguro Social autoriza al Secretario a establecer políticas suplementarias necesarias para la implementación de valores relativos de los servicios prestados por médicos. Los Contratistas, de acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-4), Capítulo 23, Sección 30.1, proveen aviso de 30 días a los proveedores antes de implementar cantidades revisadas de pagos, lo cual será retroactivo al 1 de enero de 2006 (a menos que se indique lo contrario en el CR5272).

Usted debe saber que los Contratistas harán ajustes a aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención, pero no se les va a requerir que busquen en sus archivos, ya sea para retractarse de pago ya hechos o para pagar reclamaciones retroactivas. Los cambios hechos como resultado del CR5272 se mencionan a continuación:

CPT/HCPCS	Action
15000	Assistant at Surgery Indicator = 0
15001	Assistant at Surgery Indicator = 0
47145	Global Period = XXX
	Preoperative Time = 0.00
	Intraoperative Time = 0.00
	Postoperative Time = 0.00
52402	Endoscopic Base Code = 52000
G0289	Multiple Surgery Indicator = 0

## Billing Policies

### OCTOBER UPDATE TO THE 2006 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) DATABASE

#### Provider Types Affected

*Physicians and other providers who bill Medicare for professional services paid under the MPFS.*

#### What you need to know

*CR5272, from which this article was taken, amends the payment files (based upon the November 21, 2005 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule) that were previously issued to your carriers.*

#### Background

*Section 1848(c)(4) of the Social Security Act authorizes the Secretary to establish ancillary policies necessary to implement relative values for physicians' services. Carriers, in accordance with the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-4), Chapter 23, Section 30.1, give providers 30 days notice before implementing the revised payment amounts, which (unless otherwise stated in the CR5272) will be retroactive to January 1, 2006.*

*You should be aware that carriers will adjust claims that you bring to their attention, but are not required to search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims. The changes made as a result of CR5272 are as follows:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Además, ciertos códigos de Tipo de Servicio (TOS por sus siglas en inglés) se ajustaron, vigentes para servicios prestados a partir del 1 de julio de 2006. Específicamente, los contratistas de la Parte B aplicarán el código TOS 4 a los códigos de Categoría III 0159T, 0159T-TC, y 0159T-26, y aplicarán el código TOS 6 a los códigos de Categoría III 0160T y 0161T.

### Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial sobre la actualización de Octubre 2006 a la base de datos de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS) en el CR5272. Este está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1047CP.pdf>.

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

## Billing Policies

*In addition, some Type of Service (TOS) Codes have been adjusted, effective for services on or after July 1, 2006. Specifically, carriers will apply TOS 4 to the Category III codes of 0159T, 0159T-TC, and 0159T-26 and they will apply TOS 6 to the Category III codes of 0160T and 0161T.*

### Additional Information

*You can find the official instruction about the October update to the 2006 Medicare Physician Fee Schedule Database by going to CR 5272, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1047CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5272 / Trans R1047CP / CR5272 / 10-11-06 / mlv-rrc

## REDUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES Y APLICACIÓN DE UN LÍMITE FINANCIERO AL COMPONENTE TÉCNICO DE PROCEDIMIENTOS DE IMÁGENES RADIOLÓGICAS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid implantarán dos disposiciones en el 2007 que impactarán los servicios de imágenes radiológicas. La primera, modificará la reducción por procedimientos múltiples de ciertos servicios diagnósticos conforme a lo implementado en 2006. La segunda, establece un límite financiero al pago de la mayoría de los procedimientos de imágenes radiológicas, según se requiere por la *Deficit Reduction Act* de 2005.

Es importante notar que el límite financiero al componente técnico de los procedimientos de imágenes aparece en nuestra página electrónica separadamente de las tarifas fijas de médicos.

## MULTIPLE PROCEDURE REDUCTION AND PAYMENT CAP ON THE TECHNICAL COMPONENT OF IMAGING PROCEDURES

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is implementing two provisions in 2007 affecting imaging services. First, CMS is modifying the multiple procedure payment reduction on certain diagnostic imaging procedures implemented in 2006. Second, they are implementing a new provision of the Deficit Reduction Act of 2005 (DRA) which imposes a payment cap on most imaging procedures.*

*It is important to note that the 2007 Payment Cap for Technical Component (TC) of Imaging Procedures is posted at our webpage separate from the MPFSDB.*

CR#5357/Trans. 1083/10-27-06/SE0665 dmg

## Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

### ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL PAGO DE BONOS HPSA 2007

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores sometiendo reclamaciones a contratistas de la Parte B de Medicare e intermediarios fiscales (FIs- por sus siglas en inglés) por servicios ofrecidos en HPSAs.

#### Impacto en Proveedores

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 5237, que alerta a los médicos que aplica, contratistas de la Parte B y FIs, que la información nueva del 2007 acerca del pago de bonos HPSA estará disponible pronto.

#### Trasfondo

El *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* del 2003 (Sección 413 (b)) ordenó una actualización anual a los archivos automatizados del pago de bonos HPSA, y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, (CMS) por sus siglas en inglés crean anualmente estos archivos nuevos automatizados para el pago de bonos HPSA.

El CR5237 instruye a contratistas de la Parte B y FIs a usar el nuevo archivo de pago de bonos HPSA para el pago de bonos automatizados para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2007.

Además, CMS le está notificando a los médicos/proveedores que publicará la información nueva de HPSA en su portal para el 1 de octubre de 2006.

#### Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 2 de enero de 2007.

#### Información Adicional

Para detalles completos, vea por favor la instrucción oficial emitida a su contratista de la Parte B o intermediario fiscal en relación a este cambio. Esa instrucción puede verse al acceder a <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1021CP.pdf> en el portal de CMS.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Health Professional Shortage Area (HPSA)

### 2007 ANNUAL UPDATE HPSA BONUS PAYMENTS

#### Provider Types Affected

*Physicians and providers submitting claims to Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) for services provided in HPSAs.*

#### Impact on Providers

*This article is based on Change Request (CR) 5237, which alerts affected physicians, providers, carriers, and FIs that the new HPSA bonus payment information for 2007 will soon be available.*

#### Background

*The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (Section 413(b)) mandated an annual update to the automated HPSA bonus payment files, and the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) creates these new automated HPSA bonus payment files annually.*

*CR5237 instructs carriers and FIs to use the new HPSA bonus payment file for the automated bonus payment for claims with dates of service on or after January 1, 2007, through December 31, 2007.*

*In addition, CMS is notifying affected physicians/providers that it will post the new HPSA information to the CMS web site on or about October 1, 2006.*

#### Implementation

*The implementation date for the instruction is January 2, 2007.*

#### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier or FI regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1021CP.pdf> on the CMS web site.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Trans. R1021CP/MM5237/08-04-06/IMP

## Medicamentos

### UTILIZACIÓN TRANSITORIA DE LA OPCIÓN DE INVENTARIO Y EL MODIFICADOR J2 DEL PROGRAMA PARA LA ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) descubrió que durante la implementación del programa para la adquisición competitiva de medicamentos y biológicos (CAP, según sus siglas en inglés) surgieron ciertas situaciones en que el proveedor participante del CAP pudo:

1. administrar medicamentos del inventario de su oficina a beneficiarios de Medicare en situaciones que no cumplen con los criterios establecidos y
2. buscar un producto sustituto a través del uso del modificador de reinventario 'J2'.

Hasta el 30 de septiembre de 2006, los proveedores participantes del CAP que sometieron reclamaciones para medicamentos del CAP bajo el sistema de compra y factura ("buy & bill") del precio promedio de venta (ASP, según sus siglas en inglés) podrán solicitar una reapertura y reprocesar estas reclamaciones como una factura de CAP si son sometidas con la información apropiada del CAP y el modificador J2.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0657.pdf>.

## Drugs

### TRANSITIONAL USE OF MEDICARE PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) RE-SUPPLY OPTION AND THE J2 MODIFIER

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) discovered that during the CAP implementation, certain situations arose where participating CAP physicians may have:*

1. *administered drugs to Medicare beneficiaries from their office stock in situations that may not have met the required criteria, and*
2. *sought a replacement drug product through the use of the 'J2' restocking modifier.*

*Until September 30, 2006, CAP participating physicians who submitted claims for CAP drugs under the ASP (buy and bill) system may request that these claims be reopened and reprocessed as a CAP claim if the claims are submitted with the appropriate CAP information and the J2 modifier.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0657.pdf>.*

SE0657 abr.



## Medicamentos

### DETERMINACIONES DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS BAJO LA PARTE B VERSUS LA PARTE D DE MEDICARE

#### Proveedores Afectados

Médicos, farmacéuticos, proveedores, profesionales del cuidado de la salud, suplidores y su personal de apoyo.

#### Impacto en los Proveedores

Este artículo de Edición Especial lo proveen los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para ayudar a los médicos, proveedores, otros profesionales de la salud que recetan y farmacéuticos, para que entiendan el enfoque recomendado por CMS para simplificar y acelerar el proceso de determinación de cobertura de la Parte B vs. la Parte D de Medicare.

Los médicos, farmacéuticos, proveedores y su personal de apoyo pueden revisar el artículo de MLN Matters SE0570, el cual provee un resumen de la cobertura de Medicare bajo las Partes A, B y D de Medicare. Este artículo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0570.pdf>.

#### Trasfondo

##### Parte B - Seguro Médico

La parte B de Medicare cubre medicamentos que:

- Usualmente no son administrados por el mismo paciente; y
- Son suministrados y administrados como parte de un servicio médico.

La Parte B de Medicare cubre otros medicamentos selectos, como los siguientes:

- Medicamentos que requieren la administración por medio de un aparato de Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés), por ejemplo, un nebulizador o bomba de infusión en el hogar (debido a que la ley especifica “en el hogar”, esta cobertura no aplica generalmente a instalaciones de enfermería);

## Drugs

### MEDICARE PART B VERSUS PART D DRUG COVERAGE DETERMINATIONS

#### Provider Types Affected

*Physicians, pharmacists, providers, health care professionals, suppliers, and their staff*

#### Impact on Providers

*This Special Edition article is being provided by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to assist physicians, providers, other prescribers, and pharmacists to understand the CMS' recommended approach to simplifying and expediting the coverage determination process for Medicare Part B versus Part D.*

*Affected physicians, pharmacists, providers, and their staff may also wish to review MLN Matters article number SE0570, which provides a good summary of Medicare's drug coverage under Parts A, B, and D of Medicare. That article is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0570.pdf> on the CMS web site.*

#### Background

##### Part B — Medical Insurance

*Medicare Part B covers drugs that are:*

- Not usually self-administered; and*
- Furnished and administered as part of a physician service.*

*Medicare Part B covers other selected drugs, such as the following:*

- Drugs requiring administration via a piece of covered durable medical equipment (DME), such as a nebulizer or infusion pump in the home (because the law specifies “in the home” this coverage is generally not available in nursing facilities);*

Cont. on next page

## Medicamentos

- Medicamentos inmunosupresivos para personas que han recibido un trasplante cubierto por Medicare;
- Factores de coagulación de hemofilia;
- Antígenos
- Inmunoglobulina intravenosa suministrada en el hogar;
- Ciertos medicamentos orales para el tratamiento de cáncer y medicamentos anti-eméticos orales.
- Eritropoietina para personas con Enfermedad Renal Terminal (ESRD por sus siglas en inglés)
- Ciertas vacunas [influenza, neumococo y (para individuos de riesgo intermedio a riesgo alto) Hepatitis B]; y
- Nutrición parenteral para personas con disfunción permanente del tracto digestivo.

Pueden presentarse diferencias regionales en las políticas de cobertura de medicamentos bajo la Parte B debido a la ausencia de una decisión de cobertura nacional. Para más información sobre determinaciones de cobertura local, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/coverage>.

### Parte D - Seguro de Medicamentos Recetados

Los medicamentos cubiertos bajo la Parte D se definen como:

- Medicamentos disponibles sólo por medio de receta, aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas inglés) y utilizados para indicaciones médicamente aceptables que no están cubiertos bajo la Parte B (o bajo la Parte A).

Ciertos medicamentos o clasificaciones de drogas (o sus usos médicos) están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. Estas exclusiones incluyen lo siguiente:

- Benzodiazepinas;
- Barbitúricos

## Drugs

- *Immunosuppressive drugs for people who had a Medicare covered transplant;*
- *Hemophilia clotting factors;*
- *Antigens;*
- *Intravenous immune globulin provided in the home;*
- *Certain oral anti-cancer and oral anti-emetic drugs;*
- *Erythropoietin for people with end stage renal disease (ESRD);*
- *Certain vaccines [Influenza, Pneumococcal, and (for intermediate-to high-risk individuals) Hepatitis B]; and*
- *Parenteral nutrition for people with a permanent dysfunction of their digestive tract.*

*Regional differences in Part B drug coverage policies can occur in the absence of a national coverage decision. For more information on local coverage determinations, go to <http://www.cms.hhs.gov/coverage> on the CMS web site.*

### Part D - Prescription Drug Insurance

*Part D-covered drugs are defined as:*

- *Drugs available only by prescription, approved by the FDA, and used for a medically accepted indication which are not covered under part B (or Part A)*

*Certain drugs or classes of drugs (or their medical uses) are excluded by law from Part D coverage. These exclusions include the following:*

- *Benzodiazepines;*
- *Barbiturates;*

Cont. on next page

## Medicamentos

- Medicamentos para tratar la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso;
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de infertilidad;
- Medicamentos utilizados con propósitos cosméticos o para el crecimiento del cabello;
- Medicamentos utilizados para el alivio sintomático del catarro o la tos;
- Recetas de vitaminas o productos minerales, excepto en el caso de las vitaminas prenatales o productos de preparación a base de fluoruro;
- Medicamentos no recetados; y
- Medicamentos para los cuales el fabricante busca establecer como condición de compra que las pruebas y servicios de monitoreo asociados las comprenden exclusivamente del fabricante o su designado.
- Medicamentos para el tratamiento de problemas de índole sexual o disfunción eréctil (a partir del 2007 para beneficiarios de la Parte D de Medicare).

Para información detallada sobre la cobertura de medicamentos bajo las Partes B y D, refiérase al artículo Medlearn Matters SE0570 o vea el informe detallado, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/BvsDCoverage\\_07.27.05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/BvsDCoverage_07.27.05.pdf).

Este informe provee detalles excelentes sobre el tema de los medicamentos cubiertos bajo las Partes B y D de Medicare.

### Proceso Recomendado para Acelerar las Determinaciones de Cobertura de la Parte B vs. la Parte D

Los planes se pueden dejar llevar por la información médica que acompaña al medicamento recetado, tal como información del diagnóstico (por ejemplo: para determinar si la receta se relaciona a un trasplante cubierto por Medicare) o el lugar donde se administra el medicamento (por ejemplo: para determinar si

## Drugs

- *Drugs for anorexia, weight loss, or weight gain;*
- *Drugs used to promote fertility;*
- *Drugs used for cosmetic purposes or for hair growth;*
- *Drugs used for symptomatic relief of cough and colds;*
- *Prescription vitamins and mineral products, except prenatal vitamins and fluoride preparation products;*
- *Non-prescription drugs; and*
- *Drugs for which the manufacturer seeks to require as a condition of purchase that associated tests and monitoring services be purchased exclusively from the manufacturer or its designee.*
- *Drugs for the treatment of sexual or erectile dysfunction (beginning in 2007 for Medicare Part D beneficiaries)*

For more detailed information about Part B drugs and Part D coverage, please refer MLN Matters article SE0570 or to the detailed report at [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/BvsDCoverage\\_07.27.05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/BvsDCoverage_07.27.05.pdf) on the CMS web site.

*This report provides excellent detail on the overall issue of Part B and Part D drugs.*

### Recommended Process to Expedite Part B versus Part D Coverage Determinations

*Plans may rely on physician information included with the prescription, such as diagnosis information (e.g., to determine if the prescription is related to a Medicare covered transplant) or location of administration (e.g., to determine if the prescription is being dispensed for a*

Cont. on next page

## Medicamentos

el medicamento está siendo despachado para un beneficiario que se encuentra en un hogar de envejecientes) de la misma manera que dependen de información similar adquirida a través de documentación del médico en formularios de autorización previos. Asumiendo que la indicación en la receta es suficiente para hacer una determinación de cobertura, en tales casos, no hay necesidad de requerir información adicional por parte del médico.

Al mismo grado que el plan requiere que las farmacias contratadas reporten la información provista en la receta para ayudar en la determinación de cobertura bajo la Parte B vs la Parte D, el plan puede depender del informe del farmacéutico para reportar información apropiada para hacer la determinación de cobertura bajo la Parte D. Por ejemplo, para casos donde se receta el medicamento “prednisone” para una condición que no sea inmunosupresión secundaria para un trasplante cubierto por Medicare, y esto se indique en la receta, un plan puede autorizar a la farmacia a despachar el medicamento bajo Parte D sin tener que pedirle información adicional al médico que receta.

Se le prohíbe a los PDP’s el pago de medicamentos que están cubiertos bajo la Parte B. Ciertos medicamentos, tales como la prednisona, están cubiertos bajo la Parte B cuando se utilizan como prevención de rechazo de órganos para un paciente que ha recibido un trasplante aprobado por Medicare. Cuando el plan recibe la receta de prednisona, deben tener un proceso por medio del cual verifican que dicho medicamento se esté usando para una enfermedad que no va a activar la cobertura de la Parte B. Inicialmente, los planes instituyeron procedimientos de aprobación previa un tanto complicados, que requerían que el médico que recetaba completara un formulario de autorización y lo enviara al plan. Con el fin de simplificar el proceso, CMS ha dado instrucciones a los planes de que, si un médico escribe una receta de un medicamento con cobertura bajo las Partes B o D, y la receta tiene escrita las palabras “Parte D y un diagnóstico de la Parte D, por ejemplo, “dermatitis de contacto”, la receta se debe despachar.

## Drugs

*beneficiary in a nursing home) to the same extent they rely on similar information acquired through documentation from physicians on prior authorization forms. Assuming the indication on the script is sufficient to make the coverage determination, there is no need in such cases to require additional information to be obtained from the physician.*

*To the extent that the plan requires their contracted pharmacies to report the information provided on the prescription to assist in the determination of Part B versus Part D coverage, the plan may rely on the pharmacist’s report of appropriate information to make the coverage determination under Part D. For example, for cases in which prednisone is prescribed for a condition other than immunosuppression secondary to a Medicare-covered transplant, and this is indicated on the prescription, a plan may authorize the pharmacy to dispense the drug under Part D without seeking further information from the prescribing physician.*

*PDPs are prohibited from paying for drugs that are covered under Part B. Certain drugs such as prednisone are covered under Part B when they are used to prevent organ rejection for a patient who has had a Medicare covered transplant. When a plan gets a prescription for prednisone, they must have a process by which they can verify that the prednisone is being used for a disease which would not trigger Part B coverage. Initially the plans instituted cumbersome prior authorization procedures which required that the prescriber fill out a prior authorization form and send the form to the plan. In order to simplify the process CMS has instructed the plans that if a prescription is written for a B/D drug and the prescription has written on it the words “Part D” and a part D diagnosis such as “contact dermatitis” the prescription should be filled.*

Cont. on next page

## Medicamentos

CMS no les **requiere** a los médicos escriban sus recetas en la manera que se describe a continuación; en lugar de eso, se les **sugiere** como una manera de ahorrar tiempo y eliminar lo que podría ser un proceso complicado de completar un formulario de pre-autorización y su envío por fax.

**Por ejemplo**, el medicamento prednisona utilizado para inmunosupresión luego de un trasplante cubierto por Medicare, o metotrexato utilizado para casos de cáncer, serían considerados medicamentos de la Parte B debido a esos diagnósticos. Sin embargo, esos mismos medicamentos podrían considerarse con cobertura bajo la Parte D si los mismos fueran utilizados en el tratamiento de artritis reumatoidea.

Usando las guías mencionadas anteriormente, si se receta el medicamento prednisona para el tratamiento de artritis reumatoidea:

- El diagnóstico es "Artritis Reumatoidea"
- La declaración de estatus es para la Parte D.

CMS recomienda que en la receta escrita para prednisona, en caso de tratamiento de Artritis Reumatoidea se indique "Artritis Reumatoidea para la Parte D".

**Nota:** Esta aclaración no debe interpretarse como una limitación para que un plan de la Parte D no pueda imponer el requisito de pre-autorización ni otros procedimientos para asegurar la cobertura adecuada bajo el beneficio de medicamentos recetados de Medicare.

El plan de la Parte D tiene la responsabilidad final de hacer la determinación de cobertura bajo la Parte D. Sin embargo, CMS entiende que el plan de la Parte D tendrá que cumplir con los estándares apropiados de "due diligence" sin tener que comunicarse con el médico, si:

- Se provee información necesaria y suficiente en la receta; y
- Si la farmacia contratada puede comunicar dicha información al plan para hacer la determinación de cobertura correspondiente.

## Drugs

*CMS is not **requiring** physicians to fill out prescriptions in the manner described below; instead, it is **suggested** as a way to save time and bypass what may be a burdensome process of completing a prior authorization form and faxing it back.*

***For example**, prednisone used for immunosuppression following Medicare covered transplants or methotrexate used for cancer would be Part B drugs for these diagnoses, but they would be Part D drugs if they were used to treat rheumatoid arthritis.*

*Using the CMS guidance outlined above, if prednisone is prescribed for rheumatoid arthritis:*

- *The Diagnosis is "Rheumatoid Arthritis;"*
- *The Statement of Status is "for Part D."*

*The information recommended by CMS for inclusion on the written prescription for prednisone prescribed for Rheumatoid Arthritis is "Rheumatoid Arthritis for Part D."*

**Note:** *This clarification should not be construed to indicate that a Part D plan may not impose prior authorization or other procedures to ensure appropriate coverage under the Medicare drug benefit.*

*The Part D Plan is ultimately responsible for making the Part D coverage determination. However, CMS believes that the Part D plan will have met appropriate due diligence standards without further contacting a physician if:*

- *Necessary and sufficient information is provided on the prescription; and*
- *The contracted pharmacy is able to communicate this information to the plan in order to make the coverage determination.*

Cont. on next page

## Medicamentos

CMS está preparando guías adicionales para ayudar a los planes, las farmacias y los médicos a poner estas determinaciones de cobertura de la Parte B vs. La Parte D en operación.

La información provista en este artículo de Edición Especial no sustituye ningunas de las guías existente respecto a documentación sobre medicamentos de la Parte B de Medicare.

### Información Adicional

Para información más detallada de cobertura de la Parte B versus la Parte D, visite los siguientes enlaces en sitio Web de CMS:

- <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0570.pdf>
- [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/downloads/DueDiligenceQA\\_03.24.06.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/downloads/DueDiligenceQA_03.24.06.pdf)
- [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PartBandPartDdoc\\_07.27.05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PartBandPartDdoc_07.27.05.pdf)

## Drugs

*CMS is preparing additional guidance to assist plans, pharmacies, and physicians in operationalizing these Part B versus Part D coverage determinations.*

*This Special Edition information does not supersede any existing guidance concerning documentation for Part B prescriptions.*

### Additional Information

*For more detailed information on Part B versus Part D coverage, see the following CMS web sites:*

- <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0570.pdf>
- [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/downloads/DueDiligenceQA\\_03.24.06.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/downloads/DueDiligenceQA_03.24.06.pdf)
- [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PartBandPartDdoc\\_07.27.05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PartBandPartDdoc_07.27.05.pdf)

Pub. SE0652 / Trans. N/A / CR N/A / 08-15-06 / mlv rrc

## PROGRAMA CAP DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B ADICIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS DE LOS SUPLIDORES CAP APROBADOS VIGENTE EL 1 DE OCTUBRE DE 2006; INFORMACIÓN SOBRE ACTUALIZACIÓN DEL ARCHIVO DE PRECIOS

### Tipos de Proveedor Afectados

Médicos participantes del Programa de Adquisición Competitiva de Medicamentos (CAP por sus siglas en inglés) de la Parte B de Medicare.

### Impacto a Proveedores

Este artículo de Edición Especial se publica para informar a los médicos participantes del programa CAP que, vigente el 1 de octubre de 2006, se están añadiendo medicamentos a la tabla de medicamentos CAP.

## MEDICARE PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) ADDITIONS TO APPROVED CAP VENDOR'S DRUG LIST EFFECTIVE OCTOBER 1, 2006; INFORMATION ON PRICE FILE UPDATES

### Provider Types Affected

*Physicians participating in the Medicare Part B Drug CAP.*

### Impact on Providers

*This Special Edition article is being provided to inform physicians participating in the CAP program that, effective October 1, 2006, drugs are being added to the CAP drug table.*

Cont. on next page

## Medicamentos

### Trasfondo

La lista de medicamentos provista bajo el CAP está sujeta a actualizaciones trimestrales, y este artículo de Edición Especial lo publicó los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para informarle sobre adiciones a la lista de medicamentos CAP (de acuerdo con la Petición de Cambio (CR) 5079, *Business Rules* (BRs) 5079.3 y 5079.4). Para más detalles, refiérase al artículo MLN Matters MM5079 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf>.

Vigente el 1 de octubre de 2006, el contratista CAP designado añadirá los medicamentos indicados en la siguiente tabla a la tabla de medicamentos CAP, y los siguientes códigos HCPCS estarán disponibles a través del CAP:

HCPCS Code	Descriptor
J3240	INJECTION, THYROTROPIN ALPHA, 0.9 MG, PROVIDED IN 1.1 MG VIAL (trade name Thyrogen®)
J9160	DENILEUKIN DIFTITOX, 300 MCG (trade name: Ontak®)
J9010	ALEMTUZUMAB, 10 MG (trade name Campath®)

Una lista actualizada de medicamentos CAP, que incluye los medicamentos arriba indicados y actualizaciones a los códigos NDC disponibles a través del CAP, se publicará en la página de Suplidores CAP Aprobados en el sitio Web CMS CAP ([http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15\\_Approved\\_Vendor.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15_Approved_Vendor.asp#TopOfPage)) y en el sitio Web de Suplidores CAP Aprobados (<http://www.bioscrip.com/>) en o alrededor del 1 de septiembre de 2006.

### Información Adicional

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

## Drugs

### Background

*The list of drugs supplied under the CAP is subject to quarterly updates, and this Special Edition article is being provided by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to inform you of additions to the CAP drug list (Per Change Request (CR) 5079, Business Rules (BRs) 5079.3 and 5079.4. For more details, see the related MLN Matters article, MM5079 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf> on the CMS site.)*

*Effective October 1, 2006, the CAP designated carrier will add the drugs listed in the following table to the CAP drug table, and the following Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes will be available through the CAP:*

*An updated CAP drug list which includes the drugs listed above and updates to the NDC codes available through the CAP will be posted on the Approved CAP vendor page of the CMS CAP website ([http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15\\_Approved\\_Vendor.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15_Approved_Vendor.asp#TopOfPage)) and on the approved CAP vendor's website (<http://www.bioscrip.com/>) on or about September 1, 2006.*

### Additional Information

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. SE0658 / Trans N/A / CR N/A / 08-31-06 / mlv rrc

## Medicamentos

### ARCHIVO DE PAGO TRIMESTRAL DE OCTUBRE DE PRECIOS PROMEDIOS DE VENTA PARA MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE VIGENTE EL 1 DE OCTUBRE DE 2006 Y REVISIONES A LOS ARCHIVOS TRIMESTRALES DE ABRIL Y JULIO DE 2006

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2006 PARA REFLEJAR CAMBIOS HECHOS AL CR5270, EL CUAL SE PUBLICÓ NUEVAMENTE EL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2006. EL ARTÍCULO Y EL CR5270 FUERON REVISADOS PARA REMOVER REFERENCIAS AL ARCHIVO REVISADO DE ENERO DE 2006. EL NÚMERO DE “TRANSMITTAL” DEL CR, LA FECHA DE PUBLICACIÓN Y EL ENLACE PARA ACCEDER EL CR5270 TAMBIÉN CAMBIARON. EL RESTO DE LA INFORMACIÓN PERMANECE IGUAL.

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare que facturan por concepto de medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La Petición de Cambio (CR) 5270, en la cual se basa este artículo, provee notificación de los límites de pago actualizados vigentes el 1 de octubre de 2006 y sobre las revisiones trimestrales a los archivos de precios de medicamentos (ASP) de Abril 2006 y Julio 2006.

Debe estar informado sobre ciertos límites a los pagos de medicamentos bajo la Parte B de Medicare que han sido revisados y de que CMS actualiza los límites de pago trimestralmente. Las revisiones a los límites de pago incluidas en el archivo ASP revisado y los medicamentos del archivo de medicamentos no clasificados (NOC por sus siglas en inglés) reemplazan cualquier límite de pago para estos códigos divulgado en cualquier publicación previa a este documento.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina está informado sobre estos cambios.

## Drugs

### OCTOBER 2006 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2006, AND REVISIONS TO APRIL 2006 AND JULY 2006 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES

**Note:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON SEPTEMBER 25, 2006, TO REFLECT CHANGES TO CR5270, WHICH CMS RE-ISSUED ON SEPTEMBER 22, 2006. THE ARTICLE WAS REVISED, AS WAS CR5270, TO REMOVE REFERENCES TO THE REVISED JANUARY 2006 FILE. THE CR TRANSMITTAL NUMBER, RELEASE DATE, AND WEB ADDRESS FOR ACCESSING CR5270 WERE ALSO CHANGED. ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

#### Provider Types Affected

*All Medicare providers who bill Medicare for Part B drugs*

#### Provider Action Needed

*Change Request (CR) 5270, upon which this article is based, provides notice of the updated payment allowance limits effective October 1, 2006, and revisions to the April 2006 and July 2006 quarterly drug pricing files.*

*Be aware that certain Medicare Part B drug payment limits have been revised and that CMS updates the payment allowance on a quarterly basis. The revised payment limits included in the revised ASP and Not Otherwise Classified (NOC) payment files supersede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document.*

*Make certain that your billing staffs are aware of these changes.*

Cont. on next page



## Medicamentos

### Trasfondo

El CR5270, en el cual se basa este artículo, provee la actualización trimestral del archivo de Precio Promedio de Ventas (ASP por sus siglas en inglés) de los medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare vigente el 1 de octubre de 2006, y también provee revisiones a los archivos trimestrales de Abril 2006 y Julio 2006.

La Sección 303(c) del *Medicare Modernization Act* (MMA) de 2003, revisó la metodología de pago para medicamentos cubiertos bajo la Parte B que no son pagaderos a base de del sistema de costo o del sistema de pago prospectivo; y también hizo mandatarario que a partir del 1 de enero de 2005, los medicamentos y biológicos no pagaderos a base de costo o un sistema prospectivo de pago serán pagados a base de la metodología del Precio Promedio de Ventas (ASP).

De igual manera, en 2006, todos los medicamentos ESRD suministrados tanto por instalaciones ESRD hospitalarias o independientes; específicamente, medicamentos ambulatorios cubiertos; y medicamentos y biológicos con estatus "pass-through" bajo el sistema OPPS, serán pagados de acuerdo a la metodología ASP, que se basa en data suministrada trimestralmente a CMS por los manufactureros de medicamentos.

Observe que MMA también requiere que CMS actualice los límites de pago trimestralmente, lo cual se hace a través del CR5270.

Comenzando el 1 de enero de 2005, los medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare que no se pagaron a base de costo o base de pago prospectivo, se pagaron a base del **106%** del precio promedio de venta (ASP). Además, a partir del 1 de enero de 2006, los límites de pago para todos los medicamentos ESRD (cuando se facturan por separado por instalaciones ESRD independientes u hospitalarias), así también como medicamentos específicos para pacientes ambulatorios, y medicamentos y biológicos con estatus "pass through" bajo el OPPS, se pagarán a base del **106%** del ASP.

## Drugs

### Background

*CR5270, upon which this article is based, provides the quarterly average sales price (ASP) Medicare Part B drug pricing file update for October 1, 2006, and also provides revisions to the April 2006 and July 2006 quarterly files.*

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

*In the same way in 2006, all ESRD drugs furnished by both independent and hospital-based ESRD facilities; specified, covered outpatient drugs; and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPS will be paid according to this ASP methodology, which is based on quarterly data submitted to CMS by manufacturers.*

*Note that MMA also requires CMS to update the payment allowance limits quarterly, which CR5270 does.*

*Beginning January 1, 2005, Part B drugs that are not paid on a cost or prospective payment basis) have been paid based on **106%** of the average sales price (ASP). Additionally, Beginning January 1, 2006, the payment allowance limits for all ESRD drugs when separately billed by freestanding and hospital-based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPS, will be paid based on **106%** of the ASP.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Existen algunas excepciones a esta regla general, tal como se resumen a continuación:

### 1. Sangre y Productos Sanguíneos

La sangre y los productos sanguíneos suministrados en el departamento ambulatorio de un hospital se pagan bajo el sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés) al precio especificado para el APC al cual el producto es asignado. Por otro lado, para sangre y productos sanguíneos que no se hayan pagado a base de pago prospectivo (con algunas excepciones tales como factores de coagulación de sangre), los límites de pago se determinan de la misma manera en que se hacía el 1 de octubre de 2003.

Los límites de pago para sangre y productos sanguíneos son el 95% del Precio Promedio al por Mayor (AWP por sus siglas en inglés), tal como se refleja en el compendio publicado. Estos límites de precio serán actualizados trimestralmente, conjuntamente con los otros.

### 2. Medicamentos de Infusión

A partir del 1 de enero de 2005, el límite de pago para medicamentos de infusión suministrados haciendo uso de equipo médico duradero cubierto, seguirá siendo el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado al 1 de octubre de 2003, a no ser que se trate de un medicamento compuesto. Los límites de precio no se actualizaron durante el 2006.

Los límites de pago fijo para medicamentos de infusión (excepto compuestos), suministrados haciendo uso de equipo médico duradero cubierto, y que no estaban incluidos en la lista publicada hasta el 1 de octubre de 2003 (por ejemplo, nuevos medicamentos), son el 95% del primer precio AWP publicado.

### 3. Vacunas para la Influenza, Neumococo y Hepatitis B

Los límites de pago para las vacunas contra la Influenza, Neumococo y Hepatitis B son el 95% del AWP, tal como se refleja en el compendio publicado, excepto cuando la

## Drugs

*There are exceptions to this general rule as summarized below.*

### 1. Blood and Blood Products

*Blood and blood products furnished in the hospital outpatient department are paid under the outpatient prospective payment system (OPPS) at the amount specified for the APC to which the product is assigned. Conversely, for blood and blood products, not paid on a prospective payment basis (with certain exceptions such as blood clotting factors), payment allowance limits are determined in the same manner used to determine them on October 1, 2003.*

*The payment allowance limits for blood and blood products are 95% of the Average Wholesale Price (AWP) as reflected in the published compendia. These payment allowance limits will be updated on a quarterly basis, along with the others.*

### 2. Infusion Drugs

*The payment allowance limits for infusion drugs, furnished through a covered item of durable medical equipment, on or after January 1, 2005, will continue to be 95% of the AWP reflected in the published compendia as of October 1, 2003, unless the drug is compounded. The payment allowance limits were not updated in 2006.*

*The payment allowance limits for infusion drugs (unless compounded), furnished through a covered item of durable medical equipment, that were not listed in the published compendia as of October 1, 2003, (i.e., new drugs) are 95% of the first published AWP.*

### 3. Influenza, Pneumococcal and Hepatitis B vaccines

*The payment allowance limits for influenza, Pneumococcal and Hepatitis B vaccines are 95% of the AWP as reflected in the published compendia except where the*

Cont. on next page

## Medicamentos

vacuna se suministra en un departamento ambulatorio de un hospital. En este último caso, la vacuna se pagará a base del costo razonable.

#### 4. Medicamentos no incluidos en los Archivo ASP de Medicamentos de la Parte B o Medicamentos NOC (*Not Othewise Classified*)

Los límites de pago de medicamentos no incluidos en el Archivo ASP de Medicamentos de la Parte B de Medicare o los Medicamentos NOC (aparte de aquellos medicamentos producidos o distribuidos bajo un nuevo uso de un medicamento aprobado por la FDA), están basados en el costo de adquisición de mayorista (WAC) o en el precio de factura.

Al determinar el límite de pago basado en el WAC, los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), y los Intermediarios Fiscales, incluyendo a los Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) siguen la metodología establecida en el *Medicare Claims Processing Manual* para calcular el AWP, pero sustituyen al WAC por el AWP. (Ver Publicación 100-04, Capítulo 17, Medicamentos y Biológicos, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c17.pdf>.)

El límite de pago es un 100% del precio menor WAC de marca o la mediana WAC del genérico. Observe que para 2006, cuando el factor de coagulación no está incluido en el archivo ASP, un factor de suministro de \$0.146 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre.

Su contratista Medicare puede, a su discreción, comunicarse con CMS para obtener información sobre límites de pago para medicamentos no incluidos en los archivos trimestrales ASP o NOC. Si se encuentra disponible, CMS proveerá los límites de pago, ya sea directamente al

## Drugs

*vaccine is furnished in a hospital outpatient department. In this latter instance, the vaccine is paid at reasonable cost.*

#### 4. *Drugs not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File*

*The payment allowance limits for drugs that are not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File (other than new drugs that are produced or distributed under a new drug application approved by the Food and Drug Administration) are based on the published wholesale acquisition cost (WAC) or invoice pricing.*

*In determining the payment limit based on WAC, Medicare contractors (carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs), and fiscal intermediaries, including regional home health intermediaries (RHHIs)) follow the methodology in the Medicare Claims Processing Manual specified for calculating the AWP, but substitute WAC for AWP. (See Publication 100-04, Chapter 17, Drugs and Biologicals at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c17.pdf> on the CMS web site.)*

*The payment limit is 100% of the lesser of the lowest brand or median generic WAC. And note that for 2006, when the blood clotting factor is not included on the ASP file, the blood clotting furnishing factor of \$0.146 per I.U. is added to the blood clotting factor payment amount.*

*Your Medicare contractor may, at their discretion, contact CMS to obtain payment limits for drugs not included in the quarterly ASP or NOC files. If available, CMS will provide the payment limits either directly to the requesting*

Cont. on next page

## Medicamentos

contratista que lo solicite, o los publicará en un archivo MS Excel en el sitio Web de CMS. Si el límite de pago está disponible en CMS, los Contratistas sustituirán el límite de pago provisto por CMS por el precio basado en el WAC o el precio de la factura.

### 5. Medicamentos Nuevos

Los límites de pago para medicamentos nuevos que son manufacturados o distribuidos bajo un nuevo uso de un medicamento aprobado por la FDA y que no están incluidos en el Archivo de Precio ASP de Medicamentos de la Parte B de Medicare o el Archivo de Medicamentos NOC, se basan en el 106% del WAC. Esta política aplica solamente a nuevos medicamentos que fueron vendidos inicialmente a partir del 1 de enero de 2005. Tal como se menciona anteriormente, para 2006, el costo de suministro del factor de coagulación de sangre de \$0.146 por U.I. se añade al monto del pago por un nuevo factor de coagulación cuando un nuevo factor no es incluido en el archivo ASP.

### 6. Radiofármacos

Los límites de precio fijo para radio fármacos no están sujetos al ASP. Los radio fármacos suministrados en el departamento ambulatorio del hospital equivalen a los son cargos pagados reducidos al costo por la razón total de costo a cargo. Su Contratista/FI determinará los límites de pago para radio fármacos no suministrados en el departamento ambulatorio del hospital basado en la metodología vigente a partir de noviembre de 2003.

### 7. Medicamentos Suministrados Durante Llenado o Rellenado de Bomba de Implante o Reserva

El CR 5270 aclara que el pago por medicamentos suministrados como consecuencia del llenado o relleno de una bomba de implante o tanque de

## Drugs

*contractor or will post them in an MS Excel file on the CMS web site. If the payment limit is available from CMS, contractors will substitute the CMS-provided payment limits for pricing based on WAC or invoice pricing.*

### 5. New Drugs

*The payment allowance limits for new drugs that are produced or distributed under a new drug application approved by the Food and Drug Administration and that are not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File are based on 106% of the WAC. This policy applies only to new drugs that were first sold on or after January 1, 2005. As mentioned above, for 2006, the blood clotting furnishing factor of \$0.146 per I.U. is added to the payment amount for a new blood clotting factor when a new blood clotting factor is not included on the ASP file.*

**6. Radiopharmaceuticals** *The payment allowance limits for radiopharmaceuticals are not subject to ASP. Radiopharmaceuticals furnished in the hospital outpatient department are paid charges reduced to cost by the hospital's overall cost to charge ratio. And your carrier/FI will determine payment limits for radiopharmaceuticals not furnished in the hospital outpatient department based on the methodology in place as of November 2003.*

### 7. Drugs Furnished During Filling or Refilling an Implantable Pump or Reservoir

*CR 5270 clarifies that payment for drugs furnished incident to the filling or refilling of an implantable pump or reservoir is determined under the ASP methodology, as described above. Your carrier or FI will*

Cont. on next page

## Medicamentos

reserva se determina bajo la metodología ASP, tal como se describe anteriormente. Su contratista de la Parte B o su FI establecerán el precio para medicamentos compuestos.

A los médicos (o un profesional de la salud, según se describe en la Sección 1842(b)(18)(C)) se les puede pagar por llenado o rellenado de una bomba implantable o tanque, cuando es médicamente necesario que ellos provean el servicio. Su Contratista de la Parte B/FI debe determinar que el uso de la bomba implantable o el tanque (reserva) es algo médicamente necesario y razonable a fin de permitir el pago por: 1) El servicio profesional de haber realizado el llenado o rellenado de la bomba implantable o tanque; y 2) Por medicamentos suministrados incidental a la prestación del servicio profesional.

Si un médico (o algún otro profesional de la salud) está recetando medicamentos para un paciente con una bomba implantable, una enfermera puede rellenar la bomba si: 1) El medicamento que se administra está aceptado como un tratamiento seguro y efectivo para la enfermedad o lesión del paciente; 2) Existe una razón médica para que el medicamento no pueda tomarse por la vía oral; y 3) Las destrezas de la enfermera son necesarias para la infusión segura y efectiva del medicamento.

### **A continuación algunos puntos importantes que debe recordar:**

- Los límites de pago incluidos en este ASP revisado y los archivos de pago NOC reemplazan los límites de pago para estos códigos en cualquier publicación anterior a este documento.
- El precio para medicamentos compuestos lo establece su Contratista/FI.
- La presencia o ausencia de un código HCPCS y su límite de pago asociado no es indicativo de cubierta de este medicamento o biológico por parte de Medicare. Igualmente, la inclusión

## Drugs

*develop the pricing for compounded drugs. Physicians (or a practitioner described in Section 1842(b)(18)(C)) may be paid for filling or refilling an implantable pump or reservoir when it is medically necessary for them to perform the service. Your carrier/FI must find the use of the implantable pump or reservoir medically reasonable and necessary in order to allow payment for: 1) The professional service of filling or refilling the implantable pump or reservoir; and 2) For drugs furnished incident to the professional service. If a physician (or other practitioner) is prescribing medication for a patient with an implantable pump, a nurse may refill the pump if: 1) The medication administered is accepted as a safe and effective treatment of the patient's illness or injury; 2) There is a medical reason that the medication cannot be taken orally; and 3) The nurse's skills are needed to infuse the medication safely and effectively.*

### **Here are some important things you should remember:**

- *The payment limits included in the revised ASP and NOC payment files supersede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document.*
- *Pricing for compounded drugs is performed by your carrier/FI.*
- *The presence or absence of a HCPCS code and its associated payment limit does not indicate Medicare coverage of the drug or biological. Similarly, the inclusion of a payment limit within a*

Cont. on next page

## Medicamentos

de un límite de pago dentro de una columna específica no indica cobertura por parte de Medicare del medicamento en esa categoría específica.

- Los límites de pago de medicamentos de la Parte B de Medicare (ASP) de octubre 2006 y las revisiones de Abril 2006 y Julio 2006, estarán disponibles para que sus contratistas puedan descargarlo a sus computadoras través el Centro de Data CMS (CDC por sus siglas en inglés) a partir del 19 de septiembre de 2006.
- También podrá ver los archivos de límites de pago de medicamentos ASP NOC de octubre 2006 y las revisiones de Abril 2006 y Julio 2006 (a partir del 22 de septiembre de 2006) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/02\\_aspfiles.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/02_aspfiles.asp#TopOfPage).

### Observe que:

- La revisión de límites de pago de Abril 2006 aplica a las fechas de servicio entre el 1 de abril de 2006 y el 30 de junio de 2006;
- La revisión de límites de pago de Julio 2006 aplica a las fechas de servicio entre el 1 de julio de 2006 y el 30 de septiembre de 2006;
- La revisión de límites de pago de octubre 2006 aplica a las fechas de servicio entre el 1 de octubre de 2006 y el 30 de diciembre de 2006;

### Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su Contratista/FI/RHHI/DMERC sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1066CP.pdf>.

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

## Drugs

*specific column does not indicate Medicare coverage of the drug in that specific category. The local Medicare contractor processing the claim will make these determinations.*

- *The October 2006 and revised April 2006 and July 2006 ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs will be available via the CMS Data Center (CDC) for your carriers/FIs to download on or after September 19, 2006.*
- *You can also view the October 2006 and revised April 2006, and July 2006 ASP NOC drug pricing files for Medicare Part B drugs (on or after September 22, 2006) at [http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/02\\_aspfiles.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/02_aspfiles.asp#TopOfPage) on the CMS web site.*

### Note that:

- *The revised April 2006 payment allowance limits apply to dates of service April 1, 2006 through June 30, 2006;*
- *The revised July 2006 payment allowance limits apply to dates of service July 1, 2006 through September 30, 2006; and*
- *The October 2006 payment allowance limits apply to dates of service October 1, 2006 through December 31, 2006.*

### Additional Information

*You can find the official instructions issued to your carrier/FI/RHHI/DMERC regarding this change by going to CR5270, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1066CP.pdf> on the CMS web site.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MM5270/ Trans R1066CP / CR5270 / 09-25-06 / ml rrc

## Laboratorio

### DEMOSTRACIÓN DE LICITACIÓN COMPETITIVA PARA LABORATORIOS CLÍNICOS

**NOTA:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2006 PARA INCLUIR UNA ADVERTENCIA ESPECIAL (#1) AL PIE DE ESTA PÁGINA Y DE TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE ARTÍCULO REFERENTE AL *TRANSMITTAL* #R49DEMO. EL RESTO DE LA INFORMACIÓN PERMANECE IGUAL.

#### Proveedores Afectados

Médicos y todos los proveedores que facturan a los Contratistas e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por reclamaciones de pruebas de laboratorio realizadas a beneficiarios de la Parte B de Medicare y quienes viven en localidades ubicadas dentro del Área de Demostración de Licitación Competitiva (CBA por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

La Sección 302(b) del *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* del 2003 (MMA) requiere que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) lleven a cabo proyectos de demostración sobre la aplicación de adquisición competitiva para el pago de la mayoría de los servicios de laboratorio clínico que, de otra manera, serían pagaderos bajo el sistema de pago de la Parte B de Medicare.

Bajo este estatuto, las pruebas de cernimiento de cáncer cervical ("pap smears") y de cáncer colorectal se excluyen de esta demostración. Los requisitos bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA), según se ordena en la Sección 353 del *Public Health Act*, son aplicables.

-----  
1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el "Transmittal" # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

### LABORATORY COMPETITIVE BIDDING DEMONSTRATION

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON SEPTEMBER 20, 2006, TO INCLUDE THE SPECIAL DISCLAIMER (#1.) AT THE BOTTOM OF THIS PAGE AND ALL OTHER PAGES OF THE ARTICLE REGARDING *TRANSMITTAL* # R49DEMO. ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

#### Provider Types Affected

*Physicians and all providers who bill Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) for laboratory tests performed for Medicare Part B beneficiaries who live within the competitive bidding demonstration area (CBA) sites*

#### Background

*Section 302(b) of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA) requires the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to conduct a demonstration project on the application of competitive acquisition for payment of most clinical laboratory services that would otherwise be payable under the Medicare Part B fee schedule.*

*Under this statute, pap smears and colorectal cancer screening tests are excluded from this demonstration. Requirements under the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), as mandated in section 353 of the Public Health Service Act, are applicable.*

-----  
1. Please note that the demonstration design described in *Transmittal* # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

La base de pago determinada para cada demostración (CBA) será sustituida por el pago existente bajo las tarifas fijas para pruebas de laboratorio clínico. Se espera que haya múltiples ganadores en cada CBA.

### Puntos Clave

Este artículo y la Petición de Cambio (CR) 5205 proveen instrucciones para la implementación de una demostración de licitación competitiva para laboratorios. El CR5205 se está implementando en múltiples fases. Los requisitos especificados en este artículo y en el CR5205 son parte de la preparación para la implementación de la demostración del primer CBA el 1 de abril de 2007.

- El proyecto cubrirá pruebas de demostración para todos los beneficiarios de Medicare que viven en las localidades de la demostración, según se determine por el código postal de la residencia del beneficiario.
- Las pruebas a pacientes hospitalizados están cubiertas por la Parte A de Medicare y por lo tanto, están **excluidas** de esta demostración.
- Pruebas de laboratorio realizadas en la oficina del médico (POL por sus siglas en inglés), así como pruebas a pacientes ambulatorios **no están incluidas en esta demostración, excepto** cuando los laboratorios en oficinas de médicos o en hospitales funcionan como laboratorios independientes realizando pruebas para un beneficiario que no es paciente de ese médico ni es paciente ambulatorio de ese hospital.

CMS continuará pagando a los pacientes POL y pacientes ambulatorios de servicios de laboratorio de acuerdo con las tarifas vigentes de tarifas fijas para laboratorios clínicos.

-----  
1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el "Transmittal" # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*The payment basis determined for each CBA will be substituted for payment under the existing clinical laboratory fee schedule. Multiple winners are expected in each CBA.*

### Key Points

*This article and Change Request (CR) 5205 provides instructions for the implementation of a laboratory competitive bidding demonstration. CR5205 is being implemented in multiple phases. The requirements specified in this article and CR5205 are in preparation for the implementation of the demonstration in the first CBA on April 1, 2007.*

- *The project will cover demonstration tests for all Medicare Part B beneficiaries who live in the demonstration sites, as determined by the zip code of the beneficiary's residence.*
- *Hospital inpatient testing is covered by Medicare Part A and is therefore **exempt** from the demonstration.*
- *Physician office laboratory (POL) testing and hospital outpatient testing **are not included in the demonstration, except** where the physician office or hospital laboratory functions as an independent laboratory performing testing for a beneficiary who is not a patient of the physician or hospital outpatient department.*

*CMS will continue to pay POL patient and hospital outpatient laboratory services in accordance with the existing clinical laboratory fee schedule.*

-----  
1. *Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.*

Cont. on next page



## Laboratorio

### Licitadores Requeridos

Laboratorios Clínicos que han recibido \$100,000 o más en pagos anuales de la Parte B de Medicare (Fee-for-Service) desde el Año Calendario (CY) 2005 para “pruebas de demostración” prestadas a beneficiarios de Medicare que viven en áreas consideradas CBA (sin importar dónde está ubicado el Laboratorio Clínico) tendrán que licitar en esta demostración.

Se referirá a estos laboratorios clínicos como “licitadores compulsorios”

### Laboratorios Pasivos

Laboratorios Clínicos pequeños o compañías que han recibido menos de \$100,000 en pagos anuales de la Parte B de Medicare (Fee-for-Service) para pruebas de demostración prestadas a beneficiarios de Medicare que viven en áreas consideradas CBA **no tendrán** que licitar en la demostración. Estos laboratorios se consideran “laboratorios pasivos”. Los laboratorios pasivos recibirán su pago a base de la tarifa fija de la demostración de licitación competitiva para laboratorios para pruebas de laboratorio de la demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBA.

Durante el periodo de demostración, CMS supervisará el volumen de servicios prestados por los laboratorios pasivos para asegurar que su pagos anuales bajo la Parte B de Medicare para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas de demostración no excede el tope anual de \$100,000.

Los laboratorios pasivos que sobrepasen el tope anual de \$100,000 serán:

- Eliminados del proyecto de demostración; y

-----  
1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el “Transmittal” # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

### Required Bidders

*Laboratory firms with \$100,000 or more in annual Medicare Part B (fee-for-service) payments as of calendar year (CY) 2005 for “demonstration tests” provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) will be required to bid in the demonstration.*

*These laboratory firms will be referred to as “required bidders.”*

### Passive Laboratories

*Small laboratories or laboratory firms with less than \$100,000 in annual Medicare Part B (fee-for-service) payments for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs will **not be required** to bid in the demonstration. These laboratories are considered “passive” laboratories.” Passive laboratories will be paid the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBA.*

*During the demonstration period, CMS will monitor the volume of services performed by passive laboratories to ensure that their annual payments under Medicare Part B for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the demonstration sites do not exceed the annual ceiling of \$100,000.*

*Passive laboratory firms exceeding the annual ceiling of \$100,000 will be:*

- Terminated from the demonstration project; and

-----  
1. Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

- No recibirán pago alguno por parte de Medicare para pruebas de laboratorio suministradas a beneficiarios residentes en áreas consideradas CBAs (sin importar dónde está ubicado el laboratorio clínico) durante la vigencia total del proyecto de demostración.

### Ganadores

Tanto los licitadores “compulsorios” como los “pasivos” que licitan y ganan recibirán pago basado en la tarifa fija de la demostración de licitación competitiva para laboratorios por pruebas de laboratorio de la demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBA (sin importar dónde esté localizado el laboratorio). Estos laboratorios serán considerados “ganadores”.

### No Ganadores

Los licitadores “compulsorios” y los “pasivos” que liciten y no ganen, no recibirán pago alguno por parte de Medicare (ni bajo el itinerario de pago a laboratorios clínicos bajo la Parte B ni bajo el precio de licitación competitiva) para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios residentes en áreas consideradas CBA (sin importar dónde está ubicado el laboratorio clínico) durante la vigencia de la demostración. Estos laboratorios serán identificados como “no ganadores”.

De igual manera, los licitadores “compulsorios” que no participen de la subasta no recibirán pago alguno de Medicare para pruebas de demostración prestadas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBA (sin importar dónde está ubicado el laboratorio clínico) durante la vigencia de la demostración.

Los “no ganadores” que prestan servicios de pruebas de demostración a beneficiarios de Medicare que residen en áreas consideradas CBA

-----  
1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el “Transmittal” # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

- *Will not be paid anything by Medicare for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) for the duration of the demonstration.*

### Winners

*Both required and non-required bidders that bid and win will be paid the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located). These laboratories will be labeled “winners.”*

### Non-Winners

*Both required and non-required bidders that bid and do not win will not be paid anything by Medicare (neither under the Part B clinical laboratory fee schedule nor under the competitively bid price) for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) for the duration of the demonstration. These laboratories will be labeled “non-winners.”*

*Similarly, required bidders that do not bid will not be paid anything by Medicare for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) for the duration of the demonstration.*

*Non-winner laboratories that furnish a demonstration test to a Medicare beneficiary residing in the CBA during the demonstration*

-----  
1. Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

durante la demostración no tendrán derechos de apelación cuando Medicare deniegue el pago por dichas pruebas. Más aún, los laboratorios “no ganadores” **no podrán facturar** dichos costos de laboratorio bajo la Parte B directamente al beneficiario.

### Pruebas de Laboratorio Cubiertas bajo el Proyecto de Demostración

Sólo el laboratorio que realiza la prueba puede facturar por dicho servicio, y sólo los laboratorios “ganadores” o “pasivos” serán elegibles para recibir pago bajo las tarifas fijas de pago para proyectos de demostración de licitación competitiva para laboratorios por servicios cubiertos bajo el proyecto de demostración.

A pesar de que los laboratorios “no ganadores” no podrán facturar a Medicare ni al beneficiario por ninguno de los servicios cubiertos bajo el proyecto de demostración, esos laboratorios pueden referir dichos servicios a un laboratorio ganador o a un laboratorio pasivo.

Para todas las demás pruebas (ejemplo, pruebas no cubiertas bajo el proyecto de demostración o para pruebas a beneficiarios no residentes en las áreas de servicio bajo el proyecto), todos los laboratorios recibirán pago de acuerdo a las tarifas fijas para laboratorios clínicos y de acuerdo a las políticas de pago de Medicare.

### Localidades de Demostración

Existen dos (2) localidades de demostración y cada una opera por un periodo de tres años, con una fecha de comienzo escalonada de un año. La demostración utiliza las *Metropolitan Statistical Areas* (MSAs) para definir las CBAs.

El estatus de residencia de los beneficiarios se determinará por medio de la información disponible en los sistemas de Medicare a la fecha en que la

-----

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el “Transmittal” # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*have no appeal rights when Medicare payment for the test is denied. Moreover, non-winner laboratories **may not charge** the beneficiary for Part B laboratory services.*

### **Demonstration-Covered Laboratory Tests**

*Only the laboratory that performs the test may bill for the service and only winning or passive laboratories are eligible to receive the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule payment for services covered under the demonstration.*

*Although non-winner laboratories may not bill either Medicare or the beneficiary for any demonstration-covered services, such laboratories may refer such services to a winner laboratory or a passive laboratory.*

*For all other tests (i.e., those not covered under the demonstration or for tests for beneficiaries not residing in the service area), all laboratories will be paid according to the clinical laboratory fee schedule and in accordance with Medicare payment policies.*

### **Demonstration Sites**

*There are two demonstration sites and each site runs for three years with a staggered start of one year. The demonstration uses Metropolitan Statistical Areas (MSAs) to define the CBAs.*

*The residence status of beneficiaries will be determined by information in the Medicare system as of the date the claim is processed.*

-----

*1. Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.*

Cont. on next page

## Laboratorio

reclamación es procesada. El lugar de residencia del beneficiario que recibe los servicios debe estar en el mismo CBA que se determinó en la evaluación del código postal del beneficiario a base de su lugar de residencia.

CMS proveerá a los contratistas una lista de códigos postales incluidos en cada MSA, la cual se utilizará para determinar si el lugar de residencia del beneficiario está incluido en alguno de los CBAs.

La demostración establecerá tarifas (licitadas competitivamente) en las áreas de demostración para todas las pruebas pagaderas a base de las tarifas de pago a Laboratorios Clínicos bajo la Parte B de Medicare, con excepción de pruebas de cernimiento de cáncer cervical, de cáncer colorectal y de nuevas pruebas añadidas a las tarifas fijas para Laboratorios Clínicos bajo la Parte B de Medicare durante la vigencia de la demostración. Las tarifas de demostración se establecerán para cada servicio pagadero bajo el proyecto de demostración en cada CBA individualmente.

Solamente se permitirá participar en la demostración a aquellos laboratorios con certificación CLIA.

### Implementación

El CR5205 será implementado en múltiples fases. Los requisitos especificados en esta instrucción son para la implementación del proyecto de demostración en el primer CBA (CBA1).

Para el 1 de enero de 2007, CMS proveerá a los Contratistas de la Parte B e Intermediarios Fiscales (FIs) de Medicare un archivo nacional que contiene la lista de precios a base de los códigos postales, identificando aquellos códigos postales incluidos en el primer CBA. También, para esa misma

-----  
1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el "Transmittal" # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*The residence of the beneficiary receiving services must be in the same CBA as determined by review of a beneficiary's zip code of residence.*

*CMS will provide the contractors with a list of zip codes included in each MSA, which will be used to determine whether a beneficiary's residence is included in one of the CBAs.*

*The demonstration will set (competitively bid) fees in the demonstration areas for all tests paid under the Medicare Part B clinical laboratory fee schedule, with the exception of pap smears, colorectal cancer screening tests, and new tests added to the Medicare Part B clinical laboratory fee schedule during the course of the demonstration. Demonstration fees will be set for each service payable under the demonstration in each of the CBAs.*

*Only CLIA-certified laboratories will be allowed to participate in the demonstration.*

### Implementation

*CR5205 is being implemented in multiple phases. The requirements specified in this instruction are for the implementation of the demonstration in the first CBA (CBA1).*

*By January 1, 2007, CMS will provide Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) with a national zip code pricing file identifying the zip codes included in the first CBA. Also, by the same date, CMS will provide*

-----  
1. Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

fecha, CMS proveerá a los Contratistas de la Parte B/FIs una lista de los laboratorios elegibles a participar en el primer proyecto de demostración CBA (laboratorios “ganadores” o “pasivos”) y una lista de aquellos laboratorios no seleccionados para participar del CBA1.

En el caso de servicios de laboratorio cubiertos bajo el proyecto de demostración CBA1 con fechas de servicio entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2010, Medicare le pagará al laboratorio las cantidades establecidas para proyectos de demostración competitiva de licitación a laboratorios. Para servicios no incluidos en la lista de tarifas de demostración, Medicare pagará a base de las tarifas fijas de la Parte B para laboratorios clínicos.

Aquellas reclamaciones sometidas por laboratorios “no ganadores” por servicios prestados a beneficiarios de Medicare participantes del CBA1, con fechas de servicio entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2010, se denegarán haciendo uso del:

- Código de Razón 96 (cargos no cubiertos);
- Código de Comentario M114 (Este servicio fue procesado de acuerdo con las reglas y guías establecidas por el Proyecto de Demostración de Medicare de Licitación Competitiva para Servicios de Laboratorio Clínico (*Medicare Clinical Laboratory Services Competitive Bidding Demonstration Project*). Si usted desea obtener más información sobre este proyecto, comuníquese con su contratista local); y
- Código de Comentario N83 (No tiene derechos de apelación. Decisión administrativa basada en las estipulaciones de un proyecto de demostración.

-----  
1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el “Transmittal” # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*to the carriers/FIs a list of the laboratories eligible to participate in the first CBA demonstration (“winners” and passive laboratories) and a list of those laboratories not selected to participate in CBA1.*

*For covered demonstration laboratory services in CBA1 with dates of service between April 1, 2007, and March 31, 2010, Medicare will pay the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule amounts for laboratory services on that schedule. For services not on the demonstration schedule, Medicare will pay based on the clinical laboratory fee schedule.*

*Claims submitted by non-winner laboratories for dates of service of April 1, 2007, through March 31, 2010, for Medicare beneficiaries in CBA1 will be denied using:*

- *Reason code 96 (non-covered charges);*
- *Remark code M114 (This service was processed in accordance with rules and guidelines under the Medicare Clinical Laboratory Services Competitive Bidding Demonstration Project. If you would like more information regarding this project, you may contact your local contractor.); and*
- *Remark code N83 (No appeal rights. Administrative decision based on the provisions of a demonstration project.).*

-----  
1. *Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.*

Cont. on next page

## Laboratorio

Haciendo uso de estos mismos códigos de razón o comentario, Medicare rechazará cualquier reclamación por servicios de laboratorio con fecha de servicio entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2010, con un modificador "90", sometida por laboratorios por concepto de servicios prestados a beneficiarios residentes en un área CBA, sin importar el estatus de participación del laboratorio que hace el referido.

Medicare pagará reclamaciones durante el período de demostración sometidas por laboratorios que no forman parte del proyecto de demostración para beneficiarios residentes de un área CBA que reciben servicios fuera de esa área (ejemplo, "snow birds", esto es, personas que viajan para alejarse del frío) de acuerdo a la demostración de licitación competitiva para laboratorios.

Los laboratorios "no ganadores" deben saber que las Notificaciones Por Adelantado a Beneficiarios (ABNs por sus siglas en inglés) y las Notificaciones de Exclusión del Beneficiario de los Beneficios de Medicare (NEMBs por sus siglas en inglés) no se podrán utilizar para transferir la responsabilidad a los beneficiarios cuando dichos servicios bajo demostración se obtienen en laboratorios "no ganadores".

Se pueden someter en una sola reclamación líneas de servicios de demostración y servicios que no caen bajo proyecto de demostración.

Una Petición de Cambio (CR) con los requisitos para implementar el proyecto de demostración en un segundo CBA (CBA2) se publicará subsiguientemente.

La demostración bajo el primer CBA está programada para comenzar el 1 de abril de 2007 y la fecha tentativa para el comienzo del segundo CBA es el 1 de abril de 2008.

-----

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el "Transmittal" # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*Using these same reason and remark codes, Medicare will reject any laboratory claims with a date of service between April 1, 2007, and March 31, 2010 with a modifier of "90" submitted by laboratories for demonstration-covered services provided to beneficiaries residing in the CBA, regardless of the referring laboratory's participation status.*

*Medicare will pay claims during the demonstration period submitted by non-demonstration laboratories for beneficiaries residing in the CBA who receive services outside of those areas (e.g., "snow birds") according to the laboratory competitive bidding demonstration.*

*Non-winning laboratories should know that Advance Beneficiary Notices (ABNs) and Notices of Beneficiary Exclusion from Medicare Benefits (NEMBs) are not to be used to transfer liability to beneficiaries when services under the demonstration are obtained at non-winner laboratories.*

*Line items for demonstration services and for non-demonstration services may be submitted on the same claim.*

*A subsequent CR will be issued with requirements to implement the demonstration in the second CBA (CBA2).*

*The demonstration in the first CBA is scheduled to begin on April 1, 2007 and the tentative start date for the demonstration in the second CBA is April 1, 2008.*

-----

*1. Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.*

Cont. on next page

## Laboratorio

RECUERDE QUE LOS LICITADORES “COMPULSORIOS” Y “PASIVOS” QUE LICITAN Y PIERDEN NO RECIBIRÁN PAGO ALGUNO BAJO LA TARIFA FIJA DE LABORATORIOS CLÍNICOS BAJO LA PARTE B Y NO TENDRÁN DERECHOS DE APELACIÓN PARA PRUEBAS DE DEMOSTRACIÓN PRESTADAS A BENEFICIARIOS RESIDENTES EN UN ÁREA CBA, SIN IMPORTAR LA LOCALIZACIÓN DEL LABORATORIO.

### Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 2 de enero de 2007.

### Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial enviada a su Contratista/FI en relación a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R49DEMO.pdf>.

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

-----

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en el “Transmittal” # R49DEMO, el cual brinda instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de CMS de licitación competitiva para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

REMEMBER THAT REQUIRED AND NON-REQUIRED BIDDERS THAT BID AND LOSE WILL BE PAID NOTHING UNDER THE PART B CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND WILL HAVE NO APPEAL RIGHTS FOR DEMONSTRATION TESTS PROVIDED TO BENEFICIARIES RESIDING IN THE CBAs, REGARDLESS OF THE LOCATION OF THE LABORATORY ITSELF.

### Implementation

The implementation date for this instruction is January 2, 2007.

### Additional Information

The official instructions issued to your Medicare carrier/FI regarding this change can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R49DEMO.pdf> on the CMS web site.

For more information, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5205 / Trans R49DEMO / CR5205 / 08-24-06 / ml rrc

-----

1. Please note that the demonstration design described in Transmittal # R49DEMO, which provides instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

## Aviso de Remesa

### FIN DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA REMESA DE PAGO (RA) Y COBRO POR PROVEER LAS APLICACIONES “PC PRINT”, “MEDICARE REMIT EASY PRINT – MREP” Y DUPLICADOS DE RAS

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos Medicare A/B (AB MACs por sus siglas en inglés), Contratistas de la Parte B, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos Medicare DME (DME MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), y/o Intermediarios Regionales de Salud al Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

#### Impacto para los Proveedores

Esta Petición de Cambio (CR) actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04) para poner fin al plan de contingencia de la Remesa de Pago Electrónica (ERA por sus siglas en inglés), e instruye a los contratistas con respecto al cobro por las aplicaciones de PC Print, Medicare Remit Easy Print (MREP), y por duplicados de remesas de pago (RA, por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

Este artículo se basa en el CR 5308, el cual:

- Actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulos 22 y 24) para incluir el fin del período de contingencia para la Remesa de Pago Electrónica (ERA por sus siglas en inglés) a partir del 1 de octubre de 2006; y
- Provee instrucciones a los Contratistas de Medicare (A/B MACs, Contratistas de la Parte B, DMERCs, DME MACs, FIs, y RHHIs) con respecto al cobro por:

## Remittance Advice

### ENDING THE CONTINGENCY PLAN FOR REMITTANCE ADVICE (RA) AND CHARGING FOR PC PRINT, MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP), AND DUPLICATE RAS

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers and suppliers submitting claims to A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) carriers, Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), Fiscal Intermediaries (FIs), and/or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs) for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### Impact on Providers

*This Change Request (CR) updates the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04) for ending the contingency plan for Electronic Remittance Advice (ERA), and instructs contractors about charging for PC Print, Medicare Remit Easy Print (MREP), and duplicate Remittance Advice (RA).*

#### Background

*This article is based on Change Request (CR) 5308 which*

- *Updates the Medicare Claims Processing Manual (Chapters 22 and 24) to include the end of the contingency period for Electronic Remittance Advice (ERA) effective October 1, 2006; and*
- *Provides instructions to Medicare contractors (A/B MACs, carriers, DMERCs, DME MACs, FIs, and RHHIs) regarding charging for:*

Cont. on next page



## Aviso de Remesa

- Generar y enviar por correo solicitudes de duplicados de Remesas de Pago (RA, por sus siglas en inglés). No existe una instrucción actual de parte de CMS para que los Contratistas cobren por los duplicados de remesas de pago (cuando ya se le ha enviado la remesa al proveedor, ya sea de manera electrónica o en formato impreso) y por el envío por correo, en el caso de la remesa impresa. Por lo tanto, el CR 5308 informa a los Contratistas Medicare que ellos ahora pueden cobrar para así poder recuperar los costos de generar un duplicado de RA, si la petición proviene de un proveedor o entidad que trabaja para ese proveedor.
- Hacer disponible las aplicaciones de "PC Print" o "Medicare Remit Easy Print" a los proveedores en formato de CD/DVD o en cualquier otro formato, cuando el programa solicitado se puede descargar gratuitamente. Los contratistas pueden cobrar hasta \$25.00 por cada envío para cubrir sus costos.

Bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996, una ERA enviada a un proveedor a partir del **16 de octubre de 2003** tiene que someterse en un formato ERA estándar en cumplimiento con HIPAA. El formato ERA estándar adoptado bajo la Ley HIPAA fue el ANSI ASC X12N, transacción 835, Versión 004010A1.

CMS implementó un plan de contingencia (vigente el 16 de octubre de 2003) para continuar aceptando y enviando, por tiempo limitado, transacciones en cumplimiento y en incumplimiento con HIPAA de parte de y hacia los socios de negocio después de octubre 16 de 2003.

**CMS finalizó el período de contingencia para reclamaciones en Octubre 2005**, y en un "Joint Signature Memorando" (JSM/TDL-06518) emitido el 28 de junio de 2006, CMS le impartió instrucciones a los contratistas Medicare que estaba **finalizando el período de contingencia para las ERAs el 30 de septiembre de 2006**.

## Remittance Advice

- *Generating and mailing provider requested duplicate remittance advices (RAs). There is no current CMS instruction for contractors to charge for generating duplicate remittance advice (when provider has already been sent a remittance advice – either in electronic or paper format) and mailing in case of paper remittance advice. Therefore, CR 5308 informs Medicare Contractors that they are now allowed to charge to recoup their cost to generate a duplicate RA if the request comes from a provider or any entity working on behalf of the provider.*
- *Making PC Print or Medicare Remit Easy Print software available to providers by CD/DVD or any other means when the requested software is available for free to download. Contractors may charge up to \$25.00 for each mailing to cover their cost(s).*

*Under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, an ERA sent to a provider **on or after October 16, 2003** is required to be a standard HIPAA compliant ERA, and the ERA standard adopted under HIPAA was ANSI ASC X12N transaction 835, Version 004010A1.*

*CMS implemented a contingency plan (as of October 16, 2003) to continue to accept and send HIPAA-compliant and non HIPAA-compliant transactions from/to trading partners beyond October 16, 2003, for a limited time.*

***CMS ended the contingency period for claims in October 2005***, and in a Joint Signature Memorandum (JSM/TDL-06518) issued on June 28, 2006, CMS instructed Medicare contractors that it ***is ending the contingency period for ERAs on September 30, 2006***.

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

El CR5308 instruye a los Contratistas de Medicare que, a partir del 1 de octubre de 2006, todas las ERAs se deben proveer en el formato estándar HIPAA (ANSI ASC X12N 835 versión 004010A1).

### Implementación

La fecha de implementación para el CR5308 es el 23 de octubre de 2006.

### Información Adicional

Para detalles completos, vea la instrucción oficial emitida a su A/B MAC, Contratista de la Parte B o Intermediario referente a este cambio, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1063CP.pdf>. Las secciones revisadas del *Medicare Claims Processing Manual* se incluyen como anejos al CR5308.

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

## Remittance Advice

*CR 5308 instructs Medicare Contractors that, on or after October 1, 2006, all ERAs must be provided in the standard HIPAA (ANSI ASC X12N 835 version 004010A1) format.*

### Implementation

*The implementation date for CR5308 is October 23, 2006.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your A/B MAC, carrier, intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1063CP.pdf> on the CMS web site. The revised sections of the Medicare Claims Processing Manual are attached to CR5308.*

Pub. MM5308 / Trans R1063CP / CR5308 / 10-06-06 / mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE AVISO Y ADJUDICACIÓN DE LA REMESA

Esta petición de cambio provee una lista de todos los cambios en los códigos de aviso y adjudicación de la remesa. Incluyendo las actualizaciones de abril y febrero de 2006.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5212.pdf>

## REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

*This CR lists all changes in the Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment Reason Code lists included in the April 2006 and February 2006 updates respectively.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5212.pdf>.*

CR5212/Trans.1031/MM5212

## Centro de Enfermería Especializada

### CORRECCIONES AL ARCHIVO DE CODIFICACIÓN DE LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) se han enterado de que las reclamaciones para los códigos de procedimiento indicados en la Tabla 1 en este artículo se procesaron incorrectamente. Por ende, la petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5103 le da instrucciones al contratista de Medicare a reabrir y reprocesar estas reclamaciones cuando sean traídas a su atención. Estos códigos serán sujetos a obviar los éditos de facturación consolidada de los centros de enfermería especializada para reclamaciones con fechas de servicios según los requisitos indicados en la Tabla 1 y procesadas antes del 3 de julio de 2006.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5103.pdf>

## Skilled Nursing Facility

### CORRECTION TO SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) CODING FILE

*The Centers of Medicare and Medicaid Services (CMS) have become aware that claims for the procedure codes listed in Table 1 of this article were processed incorrectly. Therefore, CR 5103 instructs Medicare carriers to reopen and reprocess these claims, when brought to their attention. These codes will be subject to the overriding of the Skill Nursing Facility consolidated billing edits for claims with dates of service per the requirements indicated in Table 1 and processed prior to July 3, 2006.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5103.pdf>.*

CR5103/Trans. R1032CP/MM5103 ab

## Contrato

### PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del “Balanced Budget Act” (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del “Social Security Act”. Específicamente, el “BBA” añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare.

La Sección 1128A del “SSA” define el término “persona” como “una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario.” Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, a continuación la lista de los proveedores reinstalados y en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

## Enrollment

### SANCTIONED PROVIDERS

*Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the “Medicare and Medicaid Programs Protection Act”. They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.*

*Section 4304 of the Balanced Budget Act(BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program.*

*Section 1128A of the Social Security Act defines the term “person” to include “organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary”. This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, following is the list of the reinstated providers, and on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:*

Providers Reinstated to the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	January 26, 2006
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	January 26, 2006
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	January 26, 2006
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Río Verde Caguas, PR 00725	January 26, 2006

Cont. on next page

# Contrato

# Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Álvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Néstor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Dávila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De León 11 Calla Granada Mayagüez, PR 00680	January 20, 2003
Báez López, Roberto	Calle Víctor Salaberry #32 Guánica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. Croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enríquez, José M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamón, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, José L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Río Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Báez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las América Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Dávila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Díaz Ríos, Pedro J.	Rosado Med. Bldg. - 358 Font Martelo Humacao, PR 00791	August 10, 2006
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

# Contrato

# Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
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	Irregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

Updated: August 10, 2006-SCS

## National Provider Identifier (NPI)

### MODIFICACIONES A LOS ÉDITOS DE REQUISITOS DEL NPI EN LA PETICIÓN DE CAMBIO 4023 Y A UN ANEJO DE LA PETICIÓN DE CAMBIO 4320

La petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 4023, comunicado 190, contenía gran cantidad de éditos para los NPIs y para los números de proveedor existente cuando estos se indicaban en las reclamaciones u otras transacciones EDI, a partir del 1 de octubre de 2006. Algunos de estos requisitos de negocio fueron escritos basados en una suposición errónea de que cualquier proveedor cuya información se provea en la reclamación, incluyendo proveedores que refieran u ordenan servicios y otros proveedores secundarios, estarían inscritos en Medicare, y por ende, en el “Crosswalk” del identificador de proveedores de Medicare, que no es el caso.

Las correcciones en este CR afecta los requisitos de negocio en el CR4023, además, del anejo 1 del CR4320, comunicado 204, que indica las localidades de información del proveedor en las transacciones X12.

Favor de ir al siguiente enlace para ver el artículo completo: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5229.pdf>.

### MODIFICATION OF NPI EDITING REQUIREMENTS IN CR 4023 AND OF AN ATTACHMENT TO CR 4320

*CR 4023, Transmittal 190, contained many edits for NPIs and provider legacy identifiers when reported on claims or other EDI transactions effective October 1, 2006 and later. Some of those business requirements were written based on an incorrect assumption that any provider for which information was furnished on a claim, including referring/ordering and other secondary providers, would be enrolled in Medicare and therefore in the Medicare Provider Identifier Crosswalk, which is not always the case.*

*This CR corrects affected CR 4023 business requirements, and also attachment 1 of CR 4320, Transmittal 204, which listed provider information locations in X12 transactions.*

*Please go to the following link to view the article in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5229.pdf>.*

CR5229/Trans. 234/MM5229 abr

# National Provider Identifier (NPI)

## GUÍAS IMPORTANTES SOBRE EL USO DEL IDENTIFICADOR NACIONAL PARA PROVEEDORES (NPI POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) EN RECLAMACIONES DE MEDICARE

### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que realizan transacciones estándar HIPAA, tales como reclamaciones o indagaciones sobre elegibilidad.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Usted debe reportar su Identificador Nacional de Proveedor (NPI por sus siglas en inglés) correctamente en toda la data electrónica de intercambio (EDI por sus siglas en inglés) que someta, así como también en las reclamaciones impresas que envíe y en indagaciones telefónicas realizadas a través del sistema Interactive Voice Response (IVR) no más tarde del 23 de mayo de 2007; de lo contrario, sus transacciones serán rechazadas.

Los contratistas han reportado errores en reclamaciones (vea la sección **Trasfondo** más adelante) que impactarán sus pagos cuando usted comience a someter el NPI. Aunque no decretado hasta el 23 de mayo de 2007, actualmente se les permite a los proveedores someter NPIs en las transacciones Medicare, excepto en reclamaciones impresas. El NPI será aceptado en el formato revisado de la reclamación impresa CMS-1500 (0805) y en los formularios UB-04, a comienzos del 2007.

Asegúrese que su personal de facturación esté usando su NPI correctamente al momento de someter reclamaciones por servicios prestados a beneficiarios de Medicare o al momento de hacer indagaciones sobre beneficiarios o estatus de reclamaciones a Medicare.

### Trasfondo

Todos los proveedores de cuidados de salud cubiertos por la Ley HIPAA que facturen a Medicare; presten servicios a beneficiarios de Medicare; realicen pedidos de equipo médico duradero,

## IMPORTANT GUIDANCE REGARDING NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) USAGE IN MEDICARE CLAIMS

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who conduct HIPAA standard transactions, such as claims and eligibility inquiries*

### Provider Action Needed

*You must report your NPI correctly on all electronic data interchange (EDI) transactions that you submit, as well as on paper claims you send to Medicare and telephone Interactive Voice Response (IVR) queries by no later than May 23, 2007, or your transactions will be rejected.*

*Carriers have reported errors on claims (see **Background**, below) that will impact your payment when you begin to submit NPIs. Although not mandated until May 23, 2007, providers are currently allowed to submit NPIs in Medicare transactions other than paper claims. NPI will be accepted on the revised paper claim CMS-1500 (0805) and UB-04 forms early in 2007.*

*Make sure that your billing staffs are using your NPI correctly when they submit your claims for services provided to Medicare beneficiaries or submit electronic beneficiary or claim status queries to Medicare.*

### Background

*All HIPAA covered healthcare providers who would either bill Medicare; render care to Medicare beneficiaries; order durable medical equipment, supplies, or services for*

Cont. on next page



## National Provider Identifier (NPI)

suministros, o servicios para beneficiarios; refieran beneficiarios para otros servicios de cuidado de salud; actúen como médico de cabecera cuando un beneficiario es hospitalizado; receten medicamentos cubiertos para beneficiarios al detal; operen a beneficiarios; o que puedan de alguna manera ser identificados en una reclamación para pago sometida a Medicare, deben obtener un identificador NPI. Esto aplica a casos de proveedores considerados **individuos** (tales como médicos, enfermeras, dentistas, quiroprácticos, terapistas físicos o farmacéuticos) así como a **organizaciones** (tales como hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas, asilos de ancianos, centros de tratamiento en el hogar, laboratorios, compañías de ambulancias, grupos de medicina familiar, organizaciones de cuidado de salud, proveedores de equipo médico duradero, farmacias, etc.) y todos deben obtener un identificador NPI para utilizarlo en las transacciones estándar HIPAA.

Aunque el requisito del NPI aplica por ley a entidades cubiertas tales como proveedores de cuidado de salud, agencias de facturación, y planes de salud en los Estados Unidos al momento de intercambiar transacciones electrónicas para las cuales se ha adoptado un estándar nacional bajo HIPAA, la Ley HIPAA provee a los planes de salud la opción de elegir si requieren que se reporte el NPI en las reclamaciones impresas y en otras transacciones que no cumplen con los estándares HIPAA.

Medicare también requerirá el uso del NPI para la identificación de todos los proveedores incluidos en el formato de reclamación impreso institucional UB-04 y de los médicos y suplidores incluidos en el formato revisado de reclamación impresa profesional CMS-1500 (08-05) al 23 de mayo de 2007.

Medicare rechazará reclamaciones impresas recibidas después del 22 de mayo de 2007 que no identifiquen a cada proveedor, médico o suplidor que se encuentre listado en una reclamación electrónica o impresa con su correspondiente NPI. Vigente el 23 de mayo de 2007, Medicare también comenzará a requerir el NPI en las indagaciones realizadas a través del sistema IVR.

*beneficiaries; refer beneficiaries for other health care services; act as an attending physician when a beneficiary is hospitalized; prescribe covered retail prescription drugs for beneficiaries; operate on beneficiaries; or could otherwise be identified on a claim submitted to Medicare for payment must obtain an NPI. This applies whether providers are **individuals** (such as physicians, nurses, dentists, chiropractors, physical therapists, or pharmacists) or **organizations** (such as hospitals, home health agencies, clinics, nursing homes, residential treatment centers, laboratories, ambulance companies, group practices, managed care organizations, suppliers of durable medical equipment, pharmacies, etc.) must obtain an NPI for use to identify themselves in HIPAA standard transactions.*

*Although the NPI requirement applies by law to covered entities such as healthcare providers, healthcare clearinghouses, and health plans in the U.S. when exchanging electronic transactions for which a national standard has been adopted under HIPAA, HIPAA permits healthcare plans to elect to require reporting of NPIs in paper claims and for non-HIPAA transaction purposes.*

*Medicare will also require NPIs for identification of all providers listed on the UB-04 institutional paper claim form and of physicians and suppliers listed on the revised CMS-1500 (08-05) professional paper claim form by May 23, 2007.*

*Medicare will reject paper claims received after May 22, 2007 that do not identify each provider, physician or supplier listed on a paper or electronic claim with an NPI. Medicare will also begin to require an NPI in Interactive Voice Response (IVR) queries effective May 23, 2007.*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

Las farmacias detallistas también deben utilizar el formato NCPDP adoptado como un estándar de HIPAA para someter reclamaciones a Medicare de medicamentos recetados. Debido a que el formato permite la entrada de un solo identificador de proveedor para la farmacia y para el médico que receta el medicamento, las farmacias detallistas que usen el formato HIPAA NCPDP pueden usar su número del National Supplier Clearinghouse (NSC) o su NPI para identificarse, y, o el UPIN o el NPI para identificar al médico que receta, antes del 23 de mayo de 2007.

A partir del 23 de mayo de 2007, sólo se podrá reportar un NPI para identificar farmacias y médicos que recetan. Las reclamaciones NCPDP que se reciban en Medicare después del 22 de mayo de 2007 sin un NPI, ya sean para la farmacia o para el médico que receta, serán rechazadas.

Dicho esto, los contratistas de la Parte B de Medicare y los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) todavía reportan haber recibido reclamaciones X12 837-P (formato profesional) y X12-837-I (formato institucional) que contienen errores que podrán resultar en el rechazo de la reclamación y/o en demoras del proceso si dichos errores continúan reportándose una vez que sea requerido el uso del NPI.

Algunos de los errores vistos por los contratistas Medicare incluyen:

## **Información Incorrecta en el Loop 2010A/A Billing Provider en Reclamaciones X12 de la 837P**

Antes del 23 de mayo de 2007, los contratistas rechazarán reclamaciones si el NPI en un "loop" no pertenece al dueño de dicho PIN o UPIN, que también debe ser reportarse en el REF02 del mismo "loop", o si el nombre y dirección del proveedor en ese "loop" no se correlaciona con el NPI, PIN ni el UPIN en ese mismo "loop". Los mismos éditos también aplicarán a los NPIs que se reciban en reclamaciones impresas antes del 23 de mayo de 2007.

Los contratistas de la Parte B también han detectado reclamaciones donde el NPI del médico o del suplidor que presta el servicio se reporta en el segmento 2010A/A NM1, cuando la reclamación

*Retail pharmacies are required to use the NCPDP format adopted as a HIPAA standard for submission of prescription drug claims to Medicare. Since that format permits entry of only one provider identifier each for a pharmacy and the physician who prescribed the medication, retail pharmacies that use the NCPDP HIPAA format can use either their National Supplier Clearinghouse (NSC) number or their NPI to identify themselves, and either the Unique Provider Identification Number (UPIN) or the NPI to identify the prescribing physician prior to May 23, 2007.*

*May 23, 2007 and later, only an NPI may be reported for identification of pharmacies and prescribing physicians. NCPDP claims received by Medicare after May 22, 2007 that lack an NPI for either the pharmacy or the prescribing physician will be rejected.*

*This being said, Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) have reported receiving X12 837-P (professional) and X12-837-I (institutional) claims containing errors that will result in claim rejection, and/or processing delays, if they continue to occur once NPI reporting begins.*

*Some of the errors seen by Medicare carriers include the following:*

## ***Incorrect information in the 2010A/A Billing Provider Loop in X12 837-P***

*Claims Prior to May 23, 2007, carriers will reject claims when the NPI in a loop does not belong to the owner of the Provider Identification Number (PIN) or UPIN that should also be reported in REF02 of the same loop, or if the name and address of the provider in that loop do not correlate with either the NPI, PIN or UPIN in the same loop. The same edits will also be applied to NPIs when received on paper claims prior to May 23, 2007.*

*Carriers have also detected claims where the rendering physician's or supplier's NPI is reported in the 2010A/A NM1 segment when the claim was submitted by a group to which*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

la sometió un grupo al cual el médico pertenece o por la oficina principal de una cadena a la cual pertenece el suplidor. El "loop" 2010A/A de una reclamación 837-P debe contener el identificador que aplica a los grupos/cadenas (NPI Entidad 2) que sometió las reclamaciones. Esta regla también aplica a la identificación del proveedor que factura en la reclamación impresa. La información sobre el agente de facturación o el centro de facturación nunca debe reportarse en el "loop" del proveedor de facturación para una reclamación de Medicare.

Para evitar este error, usted debe reportar el NPI del médico o del suplidor que presta el servicio en el elemento de datos NM109, en el "loop" del nivel de la reclamación para el proveedor que presta el servicio (2310B), a no ser que diferentes miembros de un mismo grupo/cadena hubieran prestado servicios múltiples.

Si hubo múltiples proveedores envueltos, la información para cada uno debe reportarse en el "loop" nivel de servicio 2420A, junto al servicio prestado por cada uno de ellos.

Para facilitar el procesamiento de reclamaciones antes del 23 de mayo de 2007, usted deberá reportar el PIN de los proveedores que prestan los servicios como el elemento de dato REF02 con un 1C en REF01 en el mismo "loop" del proveedor que presta el servicio (2310B para la reclamación o 2420A para servicios individuales, según aplique).

## **Cómo Reportar la Dirección de Pago en el "Loop" del Proveedor que Factura (2010A/A)**

Una vez que comience a reportarse el NPI, los contratistas de la Parte B rechazarán reclamaciones cuando la dirección de pago (en caso de ser diferente a la dirección en que está localizada la práctica del proveedor) se encuentra en el "loop" 2010A/A (proveedor que factura), en lugar de estar en el "2010A/B (proveedor a recibir el pago).

Cuando grupos u organizaciones someten reclamaciones, y el proveedor que factura y el proveedor que recibe el pago son individuos o entidades diferentes, la información de "pague a" siempre debe reportarse en el "loop" 2010A/B y la información del proveedor que factura en el "loop" 2010A/A.

*the physician belongs or the home office of a chain to which a supplier belongs. The 2010A/A loop of an 837-P claim must contain the identifier that applies to the groups/chains (NPI entity 2) that submitted the claims. This rule also applies to identification of the billing provider on a paper claim. Information concerning a billing agent or a healthcare clearinghouse may never be reported in the billing provider loop for a Medicare claim.*

*To prevent this error, you must report the rendering physician's or supplier's NPI in the NM109 data element in the rendering provider claim level loop (2310B), unless multiple services were furnished by different members of the group/chain.*

*If multiple rendering providers were involved, the information for each must be reported in the service level 2420A loop along with the service(s) each of them rendered.*

*To facilitate claim processing prior to May 23, 2007, you should also report the rendering provider(s) PIN(s) as the REF02 data element with 1C in REF01 in that same rendering provider loop (2310B for the claim or 2420A for individual services, as applicable).*

## **Reporting of the Pay-to Address in the Billing Provider (2010A/A) Loop**

*Once NPI reporting begins, carriers will reject claims when the pay-to-address, if different than the actual practice location address, is in the 2010A/A (billing provider) loop, rather than in the 2010A/B (pay-to-provider) loop.*

*When groups or organizations submit claims, and the billing and the pay-to providers are different individuals or entities, the pay-to information must always be reported in the 2010A/B loop and the billing provider information in the 2010A/A loop.*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

## **Cómo Reportar el Nombre y la Dirección del Proveedor que Factura en el “loop” 2010A/A de una Reclamación Electrónica X12 837-I (Institucional)**

Los FIs rechazarán reclamaciones donde el proveedor que factura y el proveedor que presta el servicio son entidades diferentes y usted reporta el nombre y la dirección del proveedor que factura en el “loop” 2010A/A de una reclamación electrónica X12 837-I (institucional), y el número OSCAR del proveedor que presta el servicio en ese mismo enlace.

Si la oficina central de una cadena ha obtenido un NPI para todas sus instalaciones, o si una de las instalaciones de esa cadena factura por todas u otras instalaciones de esa cadena, o si un hospital factura por sus unidades especiales, la oficina central, hospital u otra instalación que someta esas reclamaciones se considera un agente de facturación para propósitos de Medicare.

En este caso, usted debe identificar el proveedor específico, para el cual la reclamación se está sometiendo, como el proveedor que factura para efectos de esa reclamación. Si un proveedor que prestó el cuidado tenía un número OSCAR por separado, diferente al de la entidad que somete sus reclamaciones, el proveedor que prestó el servicio debe identificarse en el “loop” del proveedor que factura. También deberá reportar el nombre de la instalación para la cual se está sometiendo la reclamación, la dirección de dicha instalación y el NPI aplicable (si lo obtuvo antes del 23 de mayo de 2007), junto con el número OSCAR asignado a ese proveedor en el “loop” 2010A/A (proveedor que factura) de la reclamación.

Si la oficina central, hospital u otra entidad que preparó la reclamación va a recibir pago por esta, usted debe reportar el nombre y la dirección; también debe reportar el NPI (si ha sido emitido), y el número de OSCAR aplicable asociado con dicha entidad en el “loop” 2010A/B (proveedor que recibe el pago) antes del 23 de mayo de 2007.

Sin embargo, deberá notar que Medicare no emitirá pagos a terceras partes para un proveedor, solamente porque se completó el “loop” 2010A/A en una reclamación electrónica.

## **Reporting of the Name and Address of a Billing Provider in the 2010A/A Loop of an X12 837-I (Institutional)**

*Electronic Claim FIs will reject claims in which the billing provider and the rendering provider are different entities, and you report the billing provider’s name and address in the 2010A/A loop of an X12 837-I (institutional) electronic claim, and the OSCAR number of the rendering provider in that same loop.*

*If the home office of a chain has obtained one NPI for all facilities it owns, or one of a chain’s facilities bills for all (or other) facilities owned by that chain, or a hospital bills for its special units, the home office, hospital or other facility submitting those claims is considered a form of billing agent for Medicare purposes.*

*In this instance, you must identify the specific provider, for whom the claim is being submitted, as the billing provider for that claim. If a provider that furnished the care had a separate OSCAR number than the entity submitting its claims, the provider that furnished the care must be identified in the billing provider loop. You must also report the name of the facility for whom the claim is being submitted, that facility’s address, and should report applicable NPI (when obtained prior to May 23, 2007), as well as the Medicare OSCAR number assigned to that provider in the 2010A/A (billing provider) loop of the claim.*

*If the home office, hospital or other entity that prepared the claim is to be sent payment for the claim, you must report the name and address, and should report the NPI if issued, and the applicable OSCAR number associated with that entity in the 2010A/B (pay-to-provider) loop prior to May 23, 2007.*

*However, you should note that Medicare will not issue payment to a third party for a provider solely as result of completion of the 2010A/B loop of an electronic claim.*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

La instalación que prestó el servicio, o el dueño establecido de la instalación, debe haber indicado en el formulario 855 de la suscripción del proveedor (sometido cuando esa instalación se registró en Medicare, o por medio de un formulario 855 subsiguiente utilizado para actualizar información de registro) que los pagos para esa instalación deben ser emitidos a esa oficina central, hospital u otra instalación o tercera parte alterna.

## Información Adicional

Para aquellos proveedores que todavía pueden someter cualquier reclamación impresa bajo las restricciones impuestas por el Administrative Simplification Compliance Act, Medicare planifica comenzar a aceptar reclamaciones impresas en el formulario CMS-1500 (versión 08-05) a partir del 2 de enero de 2007 (permitiéndoles reportar su NPI de proveedor así como el número OSCAR o UPIN aplicable). Los contratistas Medicare planifican rechazar reclamaciones que se reciban en versiones previas del formulario CMS-1500 que se reciban después del 31 de marzo de 2007, y los FIs planifican rechazar los formularios UB-92 que se reciban después del 30 de abril de 2007. **Nota:** Medicare no acepta NPIs en las versiones previas de los formularios CMS-1500 o UB-92. No hay campos de data disponibles en dichos formularios donde se pueda reportar el NPI.

Para reclamaciones Medicare electrónicas o impresas sometidas durante el período de transición hasta alcanzar la implementación completa del NPI el 23 de mayo de 2007, CMS recomienda que se incluya tanto el NPI y como el identificador legado (legacy identifier) de Medicare para cada proveedor para el cual usted reporta información.

- Cuando usted reporta un NPI en una reclamación enviada a un contratista de la Parte B para un médico que hace referido, ordena o compra un servicio o que supervisa, o para un proveedor listado en el "loop" para el localizador de instalaciones de servicio ("service facility locator loop") (cuando esos "loops" apliquen) use el UPIN como el identificador legado de Medicare. Si alguno

*The facility that furnished the care, or the established owner of that facility, must have indicated on their 855 provider enrollment form filed when that facility enrolled in Medicare (or via a subsequent 855 used to update enrollment information) that payments for that facility are to be issued to that home office, hospital, other facility or an alternate third party.*

## Additional Information

*For those providers still permitted to submit any paper claims under the restrictions imposed by the Administrative Simplification Compliance Act, Medicare plans to begin accepting paper claims on the revised CMS-1500 (08-05 version) beginning January 2, 2007 (allowing you to report a provider's NPI as well as the applicable PIN or UPIN); and on the revised UB-04 (CMS-1450) form beginning March 1, 2007 (allowing you to report a provider's NPI as well as the applicable OSCAR or UPIN). Medicare carriers plan to reject "old" CMS-1500 forms received after March 31, 2007, and FIs plan to reject UB-92 forms received after April 30, 2007. **Note:** Medicare does not accept NPIs on the "old" versions of the CMS-1500 or UB-92 forms. There are no fields on those forms designed for NPI reporting.*

*CMS highly recommends that for electronic or paper Medicare claims that you submit during the transition period to full NPI implementation on May 23, 2007, you include both the NPI and the Medicare legacy identifier of each provider for whom you report information.*

- *When you report an NPI on a claim sent to a carrier for a referring, ordering, purchased service or supervising physician, or for a provider listed in the service facility locator loop, use a UPIN as the Medicare legacy identifier. Furthermore, if any of those physicians*

Cont. on next page

## National Provider Identifier (NPI)

de esos médicos no está registrado con Medicare, y la reclamación se somete antes del 23 de mayo de 2007, usted debe reportar el **OTH000** en lugar del UPIN.

- Cuando usted reporta el NPI en una reclamación enviada a un FI para un médico que atendió u operó cualquier otro médico, o en el “loop” “service facility locator” (cuando esos “loops” apliquen), usted también deberá reportar el UPIN del proveedor. Y según se indicó anteriormente, si alguno de esos proveedores no está registrado con Medicare y si la reclamación se somete antes del 23 de mayo de 2007, usted puede reportar el **OTH000** como el UPIN sustituto,
- Finalmente, cuando usted reporte un NPI para un proveedor que factura, que recibe el pago o que presta el servicio, identificado en una reclamación enviada a su Contratista, usted debe también reportar el PIN válido de Medicare que aplique a ese médico o suplidor. Además, usted debe siempre reportar un número OSCAR para cada proveedor que factura, que recibe pago o posiblemente el “loop” “service facility locator” identificado en una reclamación enviada a un FI, así como también el NPI, si se le emitió a cada proveedor antes del 23 de mayo de 2007.

Recuerde que el no reportar la información tal como se describe en este documento puede resultar en retrasos del procesamiento o en el rechazo de sus reclamaciones.

Usted puede encontrar más información acerca del Identificador Nacional de Proveedor (NPI) visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/apps/npi/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/apps/npi/01_overview.asp).

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

*are not enrolled in Medicare, and the claim is being submitted prior to May 23, 2007, you should report **OTH000** as the UPIN.*

- *When you report an NPI on a claim sent to an FI for an attending, operating or other physician, or in the service facility locator loop (when those loops apply), you should also report the provider's UPIN. And as above, you may report **OTH000** as the surrogate UPIN if any of those providers is not enrolled in Medicare, and the claim is being submitted prior to May 23, 2007.*
- *Finally, when you report an NPI for a billing, pay-to, or rendering provider identified on a claim sent to a carrier, you should also report the valid Medicare PIN that applies to that physician or supplier. Additionally, you should always report an OSCAR number for each billing, pay-to, or possibly a service facility locator loop provider identified on a claim sent to an FI, as well as the NPI if issued to each of those providers, prior to May 23, 2007.*

*Remember that failure to report information as described here may result in delayed processing or rejection of your claims.*

*You can find more information about the National Provider Identifier (NPI) by going to the NPI page at [http://www.cms.hhs.gov/apps/npi/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/apps/npi/01_overview.asp) on the CMS Website.*

*For more information, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. SE0659 / Trans N/A / CR N/A / 08-21-06 / mlv rrc

# NOTES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**PRSRT STD**

**U.S. POSTAGE PAID**

**SAN JUAN, P.R.**

**PERMIT NO. 2563**

**RETURN SERVICE REQUESTED**