

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### APLICACIÓN MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP)

Ahorre tiempo, organice y optimice el proceso de reconciliación de pagos de Medicare Parte B utilizando la aplicación Medicare Remit Easy Print.

La aplicación MREP, diseñada por CMS, es una aplicación **gratuita** que le permite ver e imprimir su remesa de pago electrónica (ERA).

Cont. on page 5

---

## We Are Glad You Asked!

### **MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP) SOFTWARE**

*Save time, organize and optimize the reconciliation process for Part B payments using the Medicare Remit Easy Print Software.*

*The MREP Software, designed by CMS, is a **free** software that permits you to view and print your Electronic Remittance Advice (ERA).*

Cont. on page 5



Emission Date: Dec. 22, 2005 | Volume 84 / Oct., Nov., and Dec. 2005

<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: [www.triples-med.org](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 [www.triples-med.org](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!

Aplicación MREP .....	Portada y pag. 5
Teleconferencia Terapia Física .....	6
Prima, Deducible y Coaseguro para 2006 .....	7
Prestación de Servicios de Salud Vs. Desafiliación ..	8

### Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que Deciden no Pertenecer .....	9
---------------------------------------------	---

### Recursos de Información y Educación

¿Qué es el ListServ? .....	10
Más Productos Educativos Disponibles .....	11

### HIPAA

Proveedores/Vendors que Pasaron Pruebas HIPAA ..	18
Terminación Plan de Contingencia HIPAA .....	21
Actualización a los Códigos Taxonómicos .....	25
Actualización de Códigos Estatus de Reclamación	27

### Política Médica

Peticiones Adicionales de Documentación .....	29
Dispositivos Auditivos de Inserción .....	30
“Care Plan Oversight” .....	33
“Implementation of Carrier Guidelines for End Stage Renal Disease” .....	34

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

## TABLA DE CONTENIDO - Cont.

### Políticas de Pago

Servicios no Prestados en los Estados Unidos .....	37
Actualizaciones Relacionadas a Códigos CPT .....	39
Actualización al Conjunto de Códigos de Lugar de Servicio .....	42
Aclaración sobre la Corrección y Recuperación de Pagos .....	43
“Physician Voluntary Reporting Program” Códigos G .....	44
Material de Contraste de Baja Osmolaridad - Criterios de Pago .....	54

### Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Nuevo Modificador para Áreas de Escasez (HPSA)	56
------------------------------------------------	----

### Medicamentos

Precios de Venta Promedio para el Trimestre de octubre 2005 .....	58
-------------------------------------------------------------------	----

### Aviso de Remesa

Nuevas Guías Educativas sobre Notificación de Aviso de Remesa .....	61
---------------------------------------------------------------------	----

### Reclamaciones

Modificador Nacional y Código de Condición Relacionadas a Desastres .....	64
Requerimientos para Reclamaciones Anuladas, Canceladas, etc. ....	67

### Servicios de Terapia

Revisiones al Manual de Políticas de Beneficio - Servicios de Terapia .....	73
-----------------------------------------------------------------------------	----

### Laboratorio

Expansión del Édito de Reclamaciones .....	77
--------------------------------------------	----

### Anestesia

Factores de Conversión de Anestesia del 2006 .....	80
----------------------------------------------------	----

### Ambulancia

Aplicación del “Hospital Inpatient Bundling” en Servicios de Ambulancia .....	81
-------------------------------------------------------------------------------	----

### Mamografía

Modificación de Códigos de Diagnóstico .....	85
----------------------------------------------	----

### Centro de Enfermería Especializada

Actualización Anual 2006 al HCPCS - Códigos Facturación Consolidada .....	87
---------------------------------------------------------------------------	----

### Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Pagos por Servicios Suministrados - 2006 .....	89
Códigos HCPCS Añadidos y Eliminados - 2006 .....	91
Actualización de los Códigos HCPCS - 2005 .....	93

### Contrato

Proveedores Sancionados .....	96
Sitio de Web Nuevo de CMS para NPI .....	Contraportada

MOA-2005

## 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!

MREP Software .....	Cover & page 5
Physical Therapy - Teleconference .....	6
Deductible, Coinsurance and Premium - 2006 .....	7
Health Care Services Vs. Disaffiliation Process.....	8

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

Medicare Program Opt-Out Providers .....	9
------------------------------------------	---

### Information and Education Resources

What's a ListServ? .....	10
More Web-Based Educational Products .....	11

### HIPAA

Vendors/Providers that has tested X12N Format .....	18
Termination of HIPAA Contingency Plan .....	21
Update to Taxonomy Codes.....	25
Claims Status Code/Claim Status .....	27

### Medical Policy

Medical Review Additional Documentation.....	29
Auditory Osseointegrated and Auditory Brainstem ..	30
Care Plan Oversight .....	33
Implementation of Carrier Guidelines for ESRD .....	34

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

## TABLE OF CONTENTS - Cont.

### Billing Policies

Services not Provided within the United States .....	37
Updates to Home and Domiciliary Care Visits .....	39
Update to the Place of Service Code Set .....	42
Clarification about Correction and Recoupment of Payments .....	43
Physician Voluntary Reporting Program - G Codes .....	44
Low Osmolar Contrast Media .....	54

### Health Professional Shortage Area (HPSA)

New Health Professional Shortage Area - HPSA .....	56
----------------------------------------------------	----

### Drugs

October 2005 Quarterly Drug Pricing .....	58
-------------------------------------------	----

### Remittance Advice

CMS Releases New Educational Guide On Remittance Advice .....	61
---------------------------------------------------------------	----

### Claims

National Modifier and Condition Code .....	64
Requirements for Voided, Canceled, and Deleted Claims.....	67

### Therapy Services

Revisions to the Medicare Benefit Policy Manual ....	73
------------------------------------------------------	----

### Laboratory

Expansion of Duplicate Claim Edit.....	77
----------------------------------------	----

### Anesthesia

2006 Anesthesia Conversion Factors .....	80
------------------------------------------	----

### Ambulance

Enforcement of Hospital Inpatient Bundling .....	81
--------------------------------------------------	----

### Mammography

Modification to Reporting of Diagnosis Codes .....	85
----------------------------------------------------	----

### Skilled Nursing Facility

2006 Annual Update of HCPCS Codes .....	87
-----------------------------------------	----

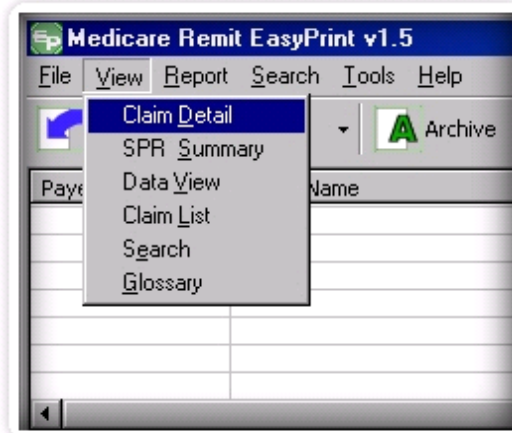
### Ambulatory Surgical Center (ASC)

Fiscal Year 2006 Payment for Services .....	89
2006 ASC HCPCS Codes Additions and Deletions .....	91
Update of HCPCS Codes for ASC - 2005 .....	93

### Enrollment

Sanctioned Providers .....	96
New CMS Web Site for NPI .....	Backcover

MOA-2005



LA APLICACIÓN MREP LE PERMITE VER LA REMESA DE PAGO ELECTRÓNICA POR DETALLE DE RECLAMACIÓN Y RESUMEN DE REMESA ENTRE OTROS.

**Ventajas de la aplicación MREP**

- Ve a e imprima la remesa de pago electrónica antes de recibir el cheque.
- Lleve a cabo búsqueda de reclamaciones por número de beneficiario, apellido de beneficiario, número de proveedor, fecha de servicio o código de procedimiento.
- Imprima reclamaciones específicas para enviarlas a los planes secundarios.
- Organice las reclamaciones por nombre de beneficiario, cantidad pagada, fecha de servicio o número de cheque entre otros.
- Obtenga reportes de facturas individuales o resumen de remesa de pago.

**Requisitos para utilizar la aplicación MREP**

- Tener número de remitente para facturar por medios electrónicos a Medicare Parte B.
- Estar recibiendo la remesa de pago electrónica ya sea por el Sistema Electrónico de Salud (SES), el Bulletin Board System (BBS) u otro medio autorizado por Medicare Parte B.
- Sistema operativo Windows XP, Windows 98 SE, Windows 2000 o Windows NT.
- Microsoft.NET Framework 1.1

**Pasos para obtener la aplicación MREP**

- Si no está seguro de estar recibiendo la remesa de pago electrónica o estar inscrito al SES, BBS u otro medio de comunicación

THE MREP SOFTWARE ALLOWS YOU TO VIEW AND PRINT AN ELECTRONIC REMITTANCE ADVICE BY CLAIM DETAIL AND REMITTANCE SUMMARIES AMONG OTHER OPTIONS.

**Advantages of the MREP Software**

- View and print the Electronic Remittance Advice before receiving a check.
- Conduct claim search by beneficiary number, last name, provider number, date of service or procedure code.
- Print specific claims in order to submit them to secondary plans.
- Organize claims by beneficiary name, amount paid, date of service or check number among other options.
- Obtain individual claim reports or summaries of the Electronic Remittance Advice notices.

**Requirements to use the MREP Software**

- Have a remittance number for billing electronically to Medicare Part B.
- Be receiving an electronic Remittance Advice through Sistema Electrónico de Salud (SES), Bulletin Board System (BBS) or any other billing software authorized by Medicare Part B.
- Windows XP, Windows 98 SE, Windows 2000 or Windows NT operating system.
- Microsoft.NET Framework 1.1

**Steps to obtain the MREP Software**

- If you are not sure that you are receiving an Electronic Remittance or registered with SES,

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

autorizado por Medicare Parte B, comuníquese con el departamento de facturación electrónica de Medicare al **(787) 749-4949 extensión 2381**.

- Consulte con su agente de apoyo técnico y verifique que tenga instalado uno de los siguientes sistemas operativos: Windows XP, Windows 98 SE, Windows 2000 o Windows NT. Además, corrobore que la computadora tenga instalado el Microsoft.NET Framework 1.1.
- Obtenga la aplicación MREP por medio del sitio web de CMS o comuníquese con el departamento de facturación electrónica de Medicare Parte B para obtener un CD con la aplicación.
- Adquiera la guía de instalación y uso de la aplicación MREP (solo inglés).
- Instale la aplicación en su computadora siguiendo los pasos que provee la guía de instalación.

## We Are Glad You Asked!

*BBS or another authorized vendor, contact the Medicare Part B's EMC Department at **(787) 749-4949 extension 2381**.*

- *Consult your agent for technical support and verify that you have installed the following systems: Windows XP, Windows 98 SE, Windows 2000 o Windows NT. In addition you should corroborate that you have installed Microsoft .NET Framework 1.1.*
- *Download the MREP Software through the CMS website or contact the EMC Department at Medicare to obtain the Software on a CD.*
- *Download the Installation Guide and the User Guide of the MREP Software.*
- *Install the Software on your computer following the steps provided in the Installation Guide.*

ff-System/12-2005

### TELECONFERENCIA TERAPIA FÍSICA

El pasado 29 de noviembre citamos a la comunidad de proveedores de terapia física para una teleconferencia titulada “*Criterios que establecen nuestra decisión de cubierta local para los servicios de terapia física y rehabilitación.*”

La misma no se llevó a cabo por problemas técnicos con el servicio telefónico local. Tras solicitarle una explicación a la compañía que coordina los servicios de teleconferencias, ellos nos presentaron sus disculpas por escrito y nos presentaron un plan de trabajo para evitar este tipo de situación. Igualmente, reciban ustedes nuestras disculpas por cualquier inconveniente que esta situación pudiera haberles causado.

Pronto nos estaremos comunicando con ustedes para informarles sobre la nueva fecha y hora de la teleconferencia antes mencionada.

Una vez más queremos agradecerles su participación y patrocinio de nuestras actividades educativas.

### PHYSICAL THERAPY TELECONFERENCE

*On November 29<sup>th</sup> we invited the physical therapy provider community to participate of the teleconference titled “Criteria That Establishes Our Decision Local Coverage for Physical Therapy.”*

*Due to technical issues experienced by the local phone service, we were not able to conduct such teleconference. After requesting an explanation from the company who coordinates the teleconferencing services, they gave us an apology (in writing) and presented a work plan in order to avoid this type of situation. Likewise, please receive our apologies for any inconvenience that this situation may have caused you.*

*We are currently re-scheduling the teleconference and we'll soon be informing you of the new date and time.*

*Once again we wish to thank you for your participation and support of our educational activities.*

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### ÍNDICES DE PRIMA, DEDUCIBLE Y COASEGURO PARA 2006

La siguiente información incluye las cantidades de prima, deducible y coaseguro para el año 2006.

#### Medicare Parte A:

**Deducible:** \$952.00 por periodo de beneficio o descripción de la enfermedad

**Coaseguro:**

\$238.00 en cada periodo por los días 61-90.

\$476.00 por cada día utilizado de la reserva de por vida ("Lifetime Reserve") por los días 91-150.

\$119.00 en cada periodo de beneficio dentro de un Centro de Enfermedad Especializada para los días 21-100.

**Prima:**

\$393.00 por mes para los que deben pagar una prima.

\$432.30 por mes para los que deben pagar una prima y un aumento de 10%.

\$216.00 por mes para los que tienen cubierta de un periodo trimestral de 30-39.

\$237.60 por mes para los que tienen cubierta de un periodo trimestral de 30-39 y deben pagar un aumento de 10%.

#### Medicare Parte B:

**Deducible:** \$124.00 por año.

**Coaseguro:** 20%.

**Prima:** \$88.50 por mes.

## We Are Glad You Asked!

### DEDUCTIBLE, COINSURANCE AND PREMIUM RATES FOR 2006

*The following information includes Medicare Part A and Part B deductible, coinsurance, and premium rates for 2006.*

#### Medicare Part A

**Deductible:** \$952.00 per benefit period or spell of illness

**Coinsurance:**

\$238.00 a day for days 61-90 in each period;

\$476.00 a day for days 91-150 for each "Lifetime Reserve" day used; and

\$119.00 a day in an SNF for days 21-100 in each benefit period; and

**Premium:**

\$393.00 per month for those who must pay a premium;

\$432.30 per month for those who must pay a premium and must pay a 10 percent increase;

\$216.00 per month for those who have 30-39 quarters of coverage; and

\$237.60 per month for those who have 30-39 quarters of coverage and must pay a 10 percent increase.

#### Medicare Part B

**Deductible:** \$124.00 per year;

**Coinsurance:** 20 percent; and

**Premium:** \$88.50 per month.

CR 4132 / Trans. 31 / MM 4132

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD VS. PROCESOS DE DESAFILIACIÓN

Durante las pasadas semanas se han estado recibiendo llamadas de beneficiarios relacionadas a los productos Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) y su proceso de desafiliación. Las llamadas se generan ya que algunos proveedores están negándose a prestar servicios de salud a los beneficiarios, por éstos no estar activos bajo el Programa Original Medicare. La elegibilidad de los beneficiarios se coteja en los archivos centrales (CWF) y los alimenta las oficinas del Seguro Social. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a través de las oficinas del Seguro Social están llevando a cabo los esfuerzos pertinentes para actualizar los archivos con la información de desafiliación con prontitud. La aseguradora privada de salud que administra el plan MA envía una carta a principios de cada mes indicando la fecha de efectividad de la desafiliación del beneficiario para que éste, a su vez, pueda enviarla a las oficinas del Seguro Social. Dicha agencia automáticamente efectúa la activación de los privilegios del Plan Original Medicare (*Manual Medicare y Usted, ed.2005*).

Con esta comunicación queremos informarles a todos nuestros proveedores/suplidores que continúen prestando servicios de salud a nuestros beneficiarios ya que los procesos de desafiliación a los planes MA y activación al Programa Original se están llevando a cabo. Le alertamos, que estos procesos de actualización están tomando más tiempo de lo deseado. Por tal razón, estamos investigando alternativas con CMS para evitar la demora en el pago por los servicios. Pronto, mencionaremos más información sobre este asunto.

MA Plans/08-03-05/CF

## We Are Glad You Asked!

### HEALTH CARE SERVICES VS. DISAFFILIATION PROCESSES

*During the past weeks we have been receiving telephone calls of beneficiaries related to the MA plans (Medicare Advantage) and the disaffiliation processes taken to comply with the options available to the beneficiary. The telephone calls are being generated because the provider community is not providing health care services to beneficiaries who are not active in the Original Medicare Plan. The eligibility of the beneficiaries is compared against the central archives (CWF) and these are supported by the Central Offices of the Social Security. The Center for Medicare and Medicaid Services through the Social Security Offices are carrying out the proper efforts to be able to update these archives with the disaffiliation information as quick as possible. The private insurance health company that manages the MA plan sends an official letter at the beginning of each month indicating the effective date of disaffiliation of the beneficiary. At the same time this letter has to be sent by the beneficiary to the Social Security Offices. The same agency automatically takes in effect the activation of privileges into the Original Medicare Plan (Medicare and You Manual, 2005 ed.).*

*With this communication we want to inform all of our providers/suppliers to continue rendering health care services to our beneficiaries because the processes of disaffiliation from the MA plans and the activation to the Original Medicare Plan are being met. We want to inform that these processes of upgrading are taking more time of the expected. For this reason, we are analyzing various alternatives with CMS to avoid the delay of the payment for the health care services rendered. Soon, we will give more information pertaining to this situation.*



## 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 2005:

## 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, 2005:*

Provider Name	Provider Address	Opt-Out Period	
<b>Puerto Rico</b>			
Dr. Sharee A. Umpierre Catinch	Centro Europa Ste 718 Ave. Ponce De Leon 1492 San Juan, PR	10/1/2003	9/30/2005
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	10/23/2003	10/22/2005
<b>U.S. Virgin Islands</b>			
Dr. James P. Clayton	6500 Red Hook Plaza Ste 205 St. Thomas, VI 00802	10/10/2003	10/9/2005

Rev. 08/30/2005/SS

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ¿QUÉ ES EL LISTSERV?

El ListServ es un servidor de correo automático desarrollado por Eric Thomas para BITNET en 1986. Cuando un mensaje electrónico es dirigido a la lista de correo del Listserv, éste se transmite automáticamente a cada persona incluida en la lista. El resultado es similar a un grupo de discusión o foro, excepto que los mensajes son transmitidos como un correo electrónico y sólo están disponibles para las personas incluidas en la lista.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) aceptaron este término para el concepto envío de correo electrónico a proveedores, pero aquí no hay grupo de discusión ni foro. Estos servidores de correo automático (listas de correo electrónico) tienen la intención de proveer información a los proveedores del cuidado de la salud de Medicare y otros socios de negocio interesados en información relacionada al cuidado de la salud. CMS tiene varias listas de correo automático disponibles para proveer información y orientación a los proveedores de Medicare. El Medlearn Matters es una creación reciente a la lista de correo electrónico de CMS. La página del Medlearn Matters incluye enlaces a artículos educativos y a "Change Requests" con el propósito de ofrecerle información a los proveedores (<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>).

CMS requiere que los contratistas también desarrollen servidores de correo automático como medio de comunicación con sus proveedores. Triple-S/Medicare actualmente cuenta con ocho (8) listas de correo electrónico. A través de estas listas, le enviamos información a los suscriptores relacionado a los cambios de CMS, fechas importantes e invitaciones a actividades. Suscribirse a nuestros servidores de correo automático le mantiene informado. Le invitamos a visitar nuestra página electrónica ([www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)) y suscribirse al menos a una de nuestras listas electrónicas. Usted puede acceder nuestra lista electrónica de correo oprimiendo la Sección "listserv" de nuestra página electrónica.

## Information and Education Resources for Providers

### WHAT'S A LISTSERV?

*A ListServ is an automatic mailing list server developed by Eric Thomas for BITNET in 1986. When an e-mail is addressed to a LISTSERV mailing list, it is automatically broadcast to everyone on the list. The result is similar to a newsgroup or forum, except that the messages are transmitted as e-mail and are therefore available only to individuals on the list.*

*CMS has adopted this term to the concept of e-mailing providers; however, there is no forum or newsgroup. These listservs (or electronic mailing lists) are intended to provide information for Medicare providers of health care and other trading partners interested in healthcare related information. CMS has various listservs available to provide information and guidance to Medicare providers. One recent addition to CMS mailing list is Medlearn Matters. The Medlearn Matters page includes links to educational articles and related Change Requests, in order to present consistent information to providers <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>.*

*CMS requires contractors to also develop listservs as a means of provider communication. Triple-S/Medicare presently counts with eight electronic mailing lists. Through these lists, we e-mail subscribers information pertaining to CMS changes, time sensitive issues and invitation to activities. Subscribing to our listservs will we keep you timely informed. We encourage you to visit our webpage ([www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)) and subscribe to at least one of our mailing list. You can access our mailing list by clicking at the listserv section of our webpage.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda sobre este asunto, favor de comunicarse con el Departamento de Relaciones con la Comunidad al 1-877-715-1921. Uno de nuestros Representantes de Servicio gustosamente le ayudará.

## Information and Education Resources for Providers

*If you have questions or need assistance with this matter, please contact our Community Relations Department at 1-877-715-1921. One of our Customer Services Representatives will gladly service you.*

PCOM/PIP 2003/DGE/Updated: May 2005

### MÁS PRODUCTOS EDUCATIVOS DISPONIBLES EN LA INTERNET SOBRE CUBIERTA DE MEDICINAS RECETADAS DE MEDICARE EL QUINTO DE LA SERIE DE ARTÍCULOS DE MEDLEARN MATTERS

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, suplidores y el personal que provee servicios a beneficiarios de Medicare.

#### Puntos Importantes para Recordar

- Vigente el 1 de enero de 2006, la nueva cubierta de medicamentos recetados estará disponible a sus pacientes beneficiarios del Programa Medicare.
- Este programa cubrirá medicamentos de marca y genéricos.
- Esta nueva cubierta de medicinas requiere que todos los beneficiarios de Medicare tomen una decisión para este otoño. Como usted es una fuente confiable, sus pacientes podrán dirigirse a usted para solicitar información sobre esta nueva cubierta. Es por esto que estamos tratando de que usted y su personal tomen ventaja de este momento de adiestramiento para ayudar a los pacientes de Medicare.
- Usted debe estimular a los pacientes de Medicare a aprender todo lo que puedan sobre esta nueva cubierta, ya que esto pudiese representar ahorros en el costo de sus medicamentos recetados. Existe ayuda especial para personas con ingresos y recursos limitados.

### MORE WEB-BASED EDUCATIONAL PRODUCTS AVAILABLE ON MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE – THE FIFTH IN THE MEDLEARN MATTERS SERIES

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, suppliers, and their staff providing service to people with Medicare*

#### Important Points to Remember

- *On January 1, 2006, new prescription drug coverage will be available to your Medicare patients.*
- *It will cover brand name and generic drugs.*
- *This new drug coverage requires all people with Medicare to make a decision this fall. As a trusted source, your patients may turn to you for information about this new coverage. Because of this, we're looking to you and your staff to take advantage of this "teachable moment" and help your Medicare patients.*
- *You should encourage your Medicare patients to learn more about this new coverage because it may save them money on prescription drugs. There is extra help available for people with limited income and resources.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Si sus pacientes de Medicare le hacen preguntas sobre la nueva cubierta, usted puede referirlos al número libre de cargos 1-800-MEDICARE y también puede indicarles que visiten el sitio Web <http://www.medicare.gov> para ayuda e información adicional.

### Nuevas Hojas Informativas en el sitio web <http://www.medicare.gov>

Las hojas informativas ya están disponibles y explican la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare; esto puede ayudar a sus pacientes a entender mejor esta cubierta.

- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare – Publicación Número 11102. Esta hoja informativa provee información básica sobre la cubierta de medicamentos recetados (consta de 2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11102.pdf>
- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare para personas con ingresos y recursos limitados – Publicación Núm. 11105. Esta hoja informativa provee información básica sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare para personas con ingresos y recursos limitados (consta de 2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11105.pdf>
- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare si usted ha sometido solicitud para Ayuda Adicional – Publicación Núm. 11130. Esta hoja informativa explica lo que tiene que hacer una vez somete la solicitud de ayuda adicional para el pago de costos de medicamentos recetados bajo el programa de Medicare (consta de 2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11130.pdf>

## Information and Education Resources for Providers

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

### **New Fact Sheets Available on <http://www.medicare.gov>**

*There are fact sheets now available that explain Medicare's new prescription drug coverage that can help your patients understand this new coverage:*

- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs - Publication Number 11102. This fact sheet provides basic information about Medicare's new prescription drug coverage. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11102.pdf>*
- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People with Limited Income and Resources - Publication Number 11105. This fact sheet provides basic information about Medicare's new prescription drug coverage for a person with limited income and resources. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11105.pdf>*
- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs If You Applied for Extra Help – Publication Number 11130. This fact sheet explains what you need to know after applying for extra help paying Medicare prescription drug coverage costs. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11130.pdf>*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare para personas que reciben Ingreso de Seguridad Suplementaria-Publicación Núm. 11116. Esta hoja informativa provee información básica sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare para personas que reciben beneficios de Ingresos de Seguridad Suplementaria o ayuda de su programa estatal de Medicaid que paga las primas de Medicare (2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11116.pdf>
- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare para Beneficiarios de Medicare y Medicaid-Publicación Núm. 11106. Esta hoja informativa provee información básica sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare para personas con beneficios completos de Medicaid (2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11106.pdf>
- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicinas Recetadas de Medicare para Residentes de Hogares de Envejecientes -Publicación Núm. 11121. Esta hoja explica cómo la nueva cubierta de Medicare para medicamentos recetados funciona para beneficiarios residentes en hogares de envejecientes (2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11121.pdf>
- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare para Personas que reciben ayuda de un Programa de Farmacia en su estado -Publicación Núm. 11108. Esta hoja explica lo que las personas que reciben ayuda de programas de farmacia a nivel estatal para ayudar en el pago de sus medicinas recetadas necesitan saber sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare (2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11108.pdf>

## Information and Education Resources for Providers

- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People Who Get Supplemental Security Income – Publication Number 11116. This fact sheet provides basic information about Medicare's new prescription drug coverage for a person who gets Supplemental Security Income benefits or help from their state Medicaid program paying their Medicare premiums. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11116.pdf>*
- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People with Medicare and Medicaid – Publication Number 11106. This fact sheet provides basic information about Medicare's new prescription drug coverage for a person with full Medicaid benefits. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11106.pdf>*
- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People Who are Nursing Home Residents – Publication Number 11121. This fact sheet explains how the new Medicare prescription drug coverage works for nursing home residents. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11121.pdf>*
- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People Who Get Help From Their State Pharmacy Program – Publication Number 11108. This fact sheet explains what people who get help from their state pharmacy program to pay for their prescriptions need to know about the new Medicare prescription drug coverage. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11108.pdf>*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- ¿Tiene usted una Póliza Medigap con Cubierta de Medicamentos Recetados? – Publicación Núm. 11113. Esta hoja informativa explica cómo funciona la nueva cubierta de medicamentos recetados para personas con una póliza Medigap con cubierta de medicinas recetadas (consta de 4 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11113.pdf>
- Medicare Cubre a América – Publicación Núm. 11141. Este folleto provee información básica a los beneficiarios de Medicare sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Esta información incluye cómo funciona el programa, cómo obtener cobertura, y cómo suscribirse al plan de medicamentos recetados consta de 2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11141.pdf>
- Presentando la Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare – Publicación Núm. 11142. Este folleto provee información básica a los beneficiarios de Medicare sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Esta información incluye: quién puede unirse, cuándo pueden unirse, y cuándo tendrán mas información disponible (consta de 2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11142.pdf>

Nuevas Hojas Informativas y Recomendaciones Disponibles en el sitio web de CMS en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medicarereform/factsheets.asp>

- Información sobre el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare – Publicación Núm. 11065. Esta hoja informativa provee información introductoria básica sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare (consta de 2 páginas) y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/pubs/pdf/11065.pdf>

## Information and Education Resources for Providers

- *Do You Have a Medigap Policy with Prescription Drug Coverage?*- Publication Number 11113. This fact sheet explains how the new Medicare prescription drug coverage works for people who have a Medigap policy with prescription drug coverage. (4 pages). <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11113.pdf>
- *Medicare Covers America* - Publication Number 11141. This brochure provides basic information for people with Medicare about Medicare prescription drug coverage. This information includes how Medicare prescription drug coverage works, how to get coverage, and how to join a Medicare prescription drug plan. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11141.pdf>
- *Introducing Medicare Prescription Drug Coverage* - Publication Number 11142. This brochure provides basic information to people with Medicare about Medicare prescription drug coverage. This information includes who can join, when people can join, and when more information will be available. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11142.pdf>

New Fact Sheets and Tip Sheets Available on the CMS Web site at <http://www.cms.hhs.gov/medicarereform/factsheets.asp>.

- *The Facts about Medicare Prescription Drug Plans* – Publication Number 11065. This fact sheet provides basic introductory information about Medicare's new prescription drug coverage. (2 pages) <http://www.medicare.gov/Publications/pubs/pdf/11065.pdf>

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Hoja de Referencia Rápida sobre la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare (en español) – Publicación Núm. 11102-S. Esta hoja informativa provee información básica sobre el nuevo programa de medicamentos recetados en el idioma español. Información disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/elnewcovprescdrug.pdf>
- Hoja de Recomendaciones – Reduciendo Costos de Medicaid (3 páginas). Esta hoja de recomendaciones provee un ejemplo del requisito de reducción de costos para pacientes que tienen Medicaid debido a los altos costos médicos. Esta hoja muestra los requisitos para que las personas puedan recibir ayuda adicional. Pueden obtener información en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/medicaid%20spend%20down.pdf>
- Hoja de Recomendaciones - Cupones para Alimentos/Asistencia Nutricional- (3 páginas). Esta hoja informativa provee información sobre límites en ingresos, recursos y los requisitos para cualificar para ayuda adicional a personas beneficiarios del programa Medicare que también reciben beneficios del programa de Asistencia Nutricional (Cupones para Alimentos). Pueden obtener información en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/foodstamps.pdf>
- Hoja de Recomendaciones - La Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare y otros Programas Federales Aprobados (2 páginas). Esta hoja de recomendaciones tiene la intención de ayudar a explicar cómo funcionará la cubierta de medicamentos recetados de Medicare junto con otros programas federales aprobados tales como: Asistencia Nutricional, Asistencia para Vivienda de HUD, Medicaid, Asistencia para Gastos de Energía a personas de bajos ingresos, e ingresos complementarios del Seguro Social. Pueden obtener mas información en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/lowincome.pdf>

## Information and Education Resources for Providers

- *Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs (en Espanol) – Publication Number 11102-S. This fact sheet provides basic information about Medicare's new prescription drug coverage, in Spanish.* <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/elnewcovprescdrug.pdf>
- *Medicaid Spend Down – Tip Sheet (3 pages) This tip sheet provides an example of the spend down requirement for patients who have Medicaid because of high medical expenses. This sheet shows the qualifications for patients to receive extra help.* <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/medicaid%20spend%20down.pdf>
- *Food Stamps – Tip Sheet (3 pages) This tip sheet provides information on income limits, resource limits and qualifications for extra help for people who have Medicare and are also on food stamps.* <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/foodstamps.pdf>
- *Medicare Prescription Drug Coverage and other Federal Means -Tested Programs – Tip Sheet (2 pages) This tip sheet is intended to help explain how Medicare prescription drug coverage will work with other federal means-tested programs such as food stamps, HUD housing assistance, Medicaid, low income home energy assistance, and supplemental security income.* <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/lowincome.pdf>

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### Otras Publicaciones/Productos

- “Presentando la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare”. Este panfleto provee información general sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare, por ejemplo: quién puede unirse, cuándo, cuál es el costo de ingresar, así como recursos adicionales de información. El mismo está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11103.pdf>
- Viñetas/Biografías/Estudios de Caso – Tres estudios de demostración que pueden ser utilizados para explicar cómo funciona la cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare y sus efectos en otros tipos de cubierta de cuidado de salud. Éstos pueden utilizarse como complemento a otros materiales de alcance (consta de 10 páginas). Estos estudios de demostración están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/news/mma/vignettesfinal.pdf>
- “Presentando la Nueva Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare” (en los siguientes idiomas: ruso, coreano, vietnamita y chino). Para acceder estos productos, visite el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov/medicarereform/default.asp>. Hacia la mitad de la página Web, seleccione el lenguaje deseado del menú de alternativas. Ahí se conectará al enlace del idioma deseado.

### Herramientas de Alcance

Existe un nuevo grupo de herramientas de alcance disponible. Este grupo de herramientas está diseñado para brindar a organizaciones de la comunidad los materiales necesarios para brindar información clara y precisa, así como ayuda a los clientes, sobre el programa de Medicamentos Recetados de Medicare a sus clientes.

Este grupo de herramientas básicas contiene: información directa y fácil de transmitir a los beneficiarios de Medicare.

## Information and Education Resources for Providers

### Other Publications/Products

- *Introducing Medicare’s New Coverage for Prescription Drugs (bi-fold)-This pamphlet provides general information about the New Medicare Prescription Drug Coverage, such as who can join, when, and the cost to join, as well as providing sources for additional information. This pamphlet is available at <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11103.pdf>*
- *Vignettes/Bios/Case Studies– These vignettes can be used to help explain how Medicare prescription drug coverage works with and affects other types of health care coverage. They can be used to supplement other outreach materials. (10 pages). These vignettes are available at <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/news/mma/vignettesfinal.pdf>*
- *Introducing Medicare’s New Coverage for Prescription Drugs (Russian, Korean, Vietnamese, and Chinese)- To access this product, go to <http://www.medicare.gov/medicarereform/default.asp>. At the middle of the web page, select the language desired from the drop-down menu. This will reveal a link to the document in the desired language.*

### Outreach Toolkit

*A new Outreach Toolkit is also available. This toolkit is designed to equip community-level organizations with the materials needed to provide clear, accurate information and assistance about Medicare prescription drug coverage for their clients.*

*The toolkit contains basic, straightforward information that can be easily conveyed to people with Medicare.*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Usted podrá ver y descargar estas herramientas desde el sitio Web de CMS, así como solicitar que se le envíe copias a su oficina, visitando el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/tools/materials/medicaretraining/MPDCoutreachkit.asp>

### Información Adicional

Para más información sobre educación al proveedor y herramientas de alcance sobre la política de cubierta de medicamentos recetados de Medicare, puede dirigirse al siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp>

Información detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados para asociados de CMS y defensores de beneficiarios de Medicare puede encontrarse en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/news/mma/default.asp>

También puede encontrar información adicional sobre planes de medicinas recetadas en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/pdps/>

Podrá encontrar más información sobre la implantación de CMS del **Medicare Modernization Act** en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/>

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

## Information and Education Resources for Providers

*You can view and download this kit online from the CMS web site, as well as order a copy to be shipped to your office, by visiting: <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/tools/materials/medicaretraining/MPDCoutreachkit.asp> on the CMS web site.*

### Additional Information

*More information on provider education and outreach regarding drug coverage can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp> on the CMS web site.*

*Detailed drug coverage information for CMS partners and advocates for people with Medicare can be found at <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/news/mma/default.asp> on the CMS web site.*

*You can also find additional information regarding prescription drug plans at <http://www.cms.hhs.gov/pdps/> on the CMS web site.*

*Further information on CMS implementation of the MMA can be found at <http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/> on the CMS web site.*

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

Pub. SE0541/ML-RR

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

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

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

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

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

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

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

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## MEDICARE ANUNCIA LA TERMINACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA HIPAA PARA LA RADICACIÓN DE RECLAMACIONES RECORDATORIO

### Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare que continúan sometiendo reclamaciones electrónicas en formatos que no cumplen con la Ley HIPAA.

### Impacto en los Proveedores

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están dando por terminado el plan de contingencia que le permitía a los proveedores someter reclamaciones electrónicas en formatos que no cumplían con el formato requerido por la Ley HIPAA. A partir del 1ro. de octubre de 2005, todos los proveedores que someten facturas a Medicare deberán usar los formatos de reclamaciones requeridos por la Ley HIPAA. **En junio de 2005, sobre el 99% de las reclamaciones sometidas a Medicare se recibieron en formatos que cumplían con lo establecido por la Ley HIPAA.**

**A partir del 1 de octubre de 2005, las reclamaciones sometidas a Medicare en formatos que no cumplen con la Ley HIPAA serán rechazadas y devueltas a el proveedor.**

Asegúrese de someter sus reclamaciones en cumplimiento con la Ley HIPAA de modo que las mismas sean procesadas a tiempo y que su flujo de efectivo no sea interrumpido, a partir del 1ro. de octubre de 2005.

### Trasfondo

Vigente el 16 de octubre de 2003, la Ley HIPAA requería que las reclamaciones se sometieran electrónicamente, haciendo uso de un formato adoptado para uso nacional. Con el fin de proveer tiempo adicional para que las entidades alcanzarán el cumplimiento,

## MEDICARE ANNOUNCES END OF HIPAA CONTINGENCY PLAN FOR CLAIMS SUBMISSIONS

### Provider Types Affected

*All Medicare physicians, providers, and suppliers who continue to submit electronic claims in non-compliant HIPAA formats*

### Impact on Providers

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is ending its contingency plan that allowed providers to submit claims formats electronically that were not in the format required by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). As of October 1, 2005, all providers must use the HIPAA compliant format for claims submitted to Medicare. **In June, 2005, over 99% of claims submitted to Medicare were in HIPAA compliant formats.***

### What You Need to Know

***Non-compliant claims submitted to Medicare on or after October 1, 2005, will be rejected and returned to the provider.***

### What You Need to Do

*To assure that your claims are processed timely and that your cash flow is not interrupted, be sure to submit HIPAA compliant claims as of October 1, 2005.*

### Background

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) regulation required claims be submitted electronically effective October 16, 2003, in a format adopted for national use. To allow additional time for entities to become compliant, CMS established a contingency plan to continue Medicare fee-for-service (FFS) payments beyond October 16, 2003 based on non-compliant formats.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

CMS estableció un plan de contingencia para continuar los pagos de Medicare "Fee-For-Service" (FFS) más allá del 16 de octubre de 2003, permitiendo el uso de formatos que no estaban en cumplimiento con la Ley HIPAA.

En una movida encaminada hacia el cumplimiento total, CMS anunció que a partir del 1ro. de julio de 2004, las reclamaciones electrónicas sometidas en incumplimiento serían pagadas luego de 27 días (igual que reclamaciones en papel). Puede encontrar más información sobre el plan de contingencia en los artículos Medlearn Matters MM2981 y SE0414, los cuales puede acceder en los siguientes enlaces, respectivamente: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM2981.pdf> <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0414.pdf>

**NOTA:** A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE ALCANCE AL PROVEEDOR, CMS HA VISTO UN DESCENSO CONSTANTE EN EL NÚMERO DE PROVEEDORES EN INCUMPLIMIENTO CON ESTE REQUERIMIENTO DE LA LEY HIPAA. EN JUNIO DE 2005, MENOS DEL 4% DE LOS PROVEEDORES DE MEDICARE "FFS" SOMETIERON RECLAMACIONES ELECTRÓNICAS EN INCUMPLIMIENTO CON LA LEY HIPAA.

Considerando el número de todos los proveedores activos de Medicare, es evidente que la comunidad de proveedores, en general, ha realizado un trabajo sobresaliente en adoptar los formatos de reclamación de la Ley HIPAA.

CMS entiende que la industria ha sobrepasado la masa crítica, tanto en el número total de reclamaciones en cumplimiento como en el número de proveedores capacitados para enviar reclamaciones en cumplimiento. Por lo tanto, a partir del 1 de octubre de 2005, Medicare dará fin al plan de contingencia de HIPAA para someter reclamaciones en formatos no compatibles.

**NOTA:** LAS RECLAMACIONES QUE NO ESTÉN EN CUMPLIMIENTO A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2005, SERÁN DEVUELTAS AL PROVEEDOR PARA QUE ÉSTE LAS SOMETA NUEVAMENTE COMO UNA RECLAMACIÓN

*In a measured step toward full compliance, CMS announced that effective July 1, 2004, non-compliant electronic claims would be paid after 27 days (the same as paper claims). Further information on the contingency plan may be found in Medlearn Matters articles MM2981 and SE0414 at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM2981.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0414.pdf> respectively. These articles also provided important information to assist those few remaining providers who need to begin sending HIPAA compliant claims.*

*NOTE: THROUGH PROVIDER OUTREACH ACTIVITIES, CMS HAS SEEN A STEADY DECREASE IN THE NUMBER OF NON-HIPAA COMPLIANT PROVIDERS. IN JUNE 2005, FEWER THAN 4% OF MEDICARE FFS BILLING PROVIDERS SUBMITTED ELECTRONIC NON-HIPAA COMPLIANT CLAIMS.*

*Considering the number of all active Medicare providers, it is clear that the Medicare provider community at large has done an outstanding job of adopting the HIPAA claims formats.*

*CMS believes that the industry has surpassed critical mass in both the total number of compliant claims and number of providers capable of sending compliant claims. Therefore, Medicare will end its HIPAA contingency Plan for claims submission on October 1, 2005.*

*NOTE: CLAIMS THAT ARE NOT COMPLIANT AS OF OCTOBER 1, 2005 WILL BE RETURNED TO THE PROVIDER FOR SUBMISSION AS A COMPLIANT CLAIM. BUT, PRIOR TO OCTOBER 1, IF YOU ARE NOT SUBMITTING HIPAA COMPLIANT CLAIMS YOUR MEDICARE CARRIER,*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

EN CUMPLIMIENTO. SIN EMBARGO, PREVIO AL 1 DE OCTUBRE, SI USTED NO ESTÁ SOMETIENDO RECLAMACIONES EN CUMPLIMIENTO CON LA LEY HIPAA, SU CONTRATISTA DE MEDICARE, CONTRATISTA REGIONAL DE EQUIPO MÉDICO DURADERO (DMERC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O INTERMEDIARIO SE COMUNICARÁ CON USTED DIRECTAMENTE EN TORNO A LA NECESIDAD DE ALCANZAR EL CUMPLIMIENTO Y LE OFRECERÁ AYUDA ADICIONAL.

CMS espera finalizar el plan de contingencia para otras transacciones en el futuro cercano. La Remesa de Pago (835) es el próximo objetivo para terminar la contingencia en su totalidad. Continuaremos supervisando el progreso hacia el uso de los estándares de la Ley HIPAA para guiarlos hacia esa meta.

## Información Adicional

Según mencionamos anteriormente, puede encontrar información adicional sobre el plan de contingencia y sobre la ayuda disponible para alcanzar el cumplimiento en los artículos de Medlearn Matters MM2981 y SE0414, accediendo los siguientes enlaces, respectivamente: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM2981.pdf> <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0414.pdf>

Como indica el artículo de Medlearn Matters MM2981, los Contratistas e Intermediarios de Medicare pueden proveer aplicaciones gratis o de bajo costo que permitirán la radicación electrónica de reclamaciones en cumplimiento con la Ley HIPAA. Si necesita tales aplicaciones, puede comunicarse con su Contratista de la Parte B a través del número de teléfono de EMC (787) 749-4949 ext. 2381 o con su Intermediario Fiscal. Su Contratista o Intermediario le brindará, además, una lista de vendedores de aplicaciones que le pueden ayudar a someter sus reclamaciones en cumplimiento con la Ley HIPAA.

Aquellos que le facturan a la Parte A de Medicare (incluyendo servicios ambulatorios), pueden encontrar la lista de números telefónicos en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/anum.asp>

*DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC), OR INTERMEDIARY WILL CONTACT YOU DIRECTLY REGARDING THE NEED TO BECOME COMPLIANT TO OFFER FURTHER ASSISTANCE.*

*CMS expects to end the contingency plan for other transactions in the near future. The remittance advice (835) is our next target to end the full contingency. We will continue to monitor progress toward use of the HIPAA standards to guide in that decision.*

## Additional Information

*As previously mentioned, further information on the contingency plan and on help in becoming compliant may be found in Medlearn Matters articles MM2981 and SE0414 at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM2981.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0414.pdf> respectively.*

*As Medlearn Matters article MM2981 indicates Medicare carriers and intermediaries can provide free/low cost software that will enable submission of HIPAA compliant claims electronically. If you need such software, contact your carrier or intermediary at their special EDI telephone number. Your carrier/intermediary will also have a list of vendors who may assist you in submitting compliant claims.*

*For those billing Medicare Part A (including hospital outpatient services), a list of these carrier/intermediary numbers by State is available at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/anum.asp>*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Aquellos que le facturan a la Parte B de Medicare, pueden encontrar la lista de números telefónicos para cada estado en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/bnum.asp>

Para información adicional sobre la Ley HIPAA, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>

Para leer el capítulo del Manual Revisado que se refiere a las normas de recibo de reclamaciones, refiérase al Capítulo 1, Sección 80.2.1.2, que encontrará en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub 100-04, el cual encontrará en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp)

## Implementación

La fecha de implementación es el 3 de octubre de 2005.

*For those billing Medicare Part B, you may find those numbers listed by State at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/bnum.asp>*

*For additional information on HIPAA, visit the CMS Web site at: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>*

*To view the revised manual chapter for the claims receipt rules, see Chapter 1, Section 80.2.1.2, which can be found in Pub 100-04, the Medicare Claims Processing Manual. This can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp).*

## Implementation

*The implementation date is October 3, 2005.*

Pub. Aug-4-2005 /Trans. 171 / CR-3956 / Nov-22-05 / ML-RR



# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS TAXONÓMICOS DE PROVEEDORES DE CUIDADOS DE SALUD (HPTC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) VERSIÓN 5.1

### Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs).

### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo acorde con la Petición de Cambio (CR) 4072, incluye detalles de la actualización de los códigos HTPC, Versión 5.1

El CR 4072 le recomienda a su Contratista y/o DMERC a que obtenga la Versión 5.1 de la lista de Códigos Taxonómicos (HTPC) y que la use para actualizar las tablas HPTC internas para procesar su(s) reclamación(es) correctamente.

Refiérase a sección **Trasfondo** de este artículo para obtener más detalles sobre esta actualización.

### Trasfondo

La Ley HIPAA de 1996 requiere que los datos sometidos, la cual forma parte de un conjunto de códigos denominados, sea información válida para ese conjunto de códigos. Reclamaciones con datos inválidos no están en cumplimiento.

Como la taxonomía del proveedor es un conjunto de códigos denominado de acuerdo al Instituto Americano Nacional de Estándares (ANSI por sus siglas en inglés), X12N 837 *Professional Implementation Guide*, los contratistas de Medicare, incluso los DMERCs, deben validar el recibo de códigos taxonómicos con sus tabla internas HPTC.

El HPTC es conjunto de códigos externos, no médicos, designados para utilizarse en la clasificación de proveedores de la salud en un ambiente electrónico de acuerdo al tipo de proveedor o especialidad del practicante. Los HPTCs están programados para actualizarse dos veces al año (abril y octubre).

## UPDATE TO THE HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODES (HPTC) VERSION 5.1

### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)*

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 4072, which includes details regarding the Version 5.1 HPTC update.*

*CR4072 advises your carrier and/or DMERC to obtain the Healthcare Provider axonomy Code list Version 5.1 and use it to update their internal HPTC tables to process your claim(s) correctly.*

*Please see the **Background** section of this article for further details regarding this update.*

### Background

*The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that submitted data, which is part of a named code set, be valid data from that code set. Claims with invalid data are noncompliant.*

*Because healthcare provider taxonomy is a named code set in the American National Standards Institute (ANSI) X12N 837 *Professional Implementation Guide*, Medicare carriers, including DMERCs, must validate the inbound taxonomy codes against their internal HPTC tables.*

*The HPTC is an external non-medical data code set designed for use in classifying healthcare providers in an electronic environment according to provider type, or practitioner specialty. HPTCs are scheduled to be updated twice per year (April and October).*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

La lista de códigos actualizados está disponible en el siguiente enlace de la Washington Publishing Company: <http://www.wpcedi.com/codes/taxonomy>.

El mismo está disponible en dos formas:

- Descarga desde el Internet libre de costo en formato Adobe PDF; y
- A la venta en una representación electrónica del listado, que facilitará la descarga automática del conjunto de códigos.

El CR 4072 aconseja a su Contratista y/o DMERC a que busque la manera más costo-efectiva para obtener la Versión 5.1 del listado de Códigos Taxonómicos y a que actualice las tablas HPTC, según sea necesario.

## Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de octubre de 2005.

## Información Adicional

Para resumir los cambios en la Versión 5.1, se añaden los siguientes códigos taxonómicos:

- 170300000X
- 171000000X
- 1710I1002X
- 1710I1003X

Para información detallada, vea la instrucción oficial emitida a su Contratista o DMERC en relación a este cambio. Visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Desde esa página, busque el CR 4072 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

*The updated code list is available from the Washington Publishing Company at <http://www.wpcedi.com/codes/taxonomy> in two forms:*

- *Free Adobe PDF download; and*
- *Available for purchase, an electronic representation of the list, which will facilitate the automatic loading of the code set.*

*CR4072 advises your carrier and/or DMERC to use the most cost effective means to obtain the Version 5.1 HPTC list and update their HPTC tables as necessary.*

## Implementation

*The implementation date for the instruction is October 3, 2005.*

## Additional Information

*To summarize the changes in Version 5.1, the following taxonomy codes are added:*

- 170300000X
- 171000000X
- 1710I1002X
- 1710I1003X

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC regarding this change at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR 4072 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Pub. Sept-30-2005 / Trans. 694 / CR-4072 / Nov-26-05 / ML

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

### Proveedores Afectados

Todos los proveedores que someten transacciones de Estatus de la Reclamación del Cuidado de Salud a contratistas de la Parte B de Medicare, incluyendo contratistas de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo Intermediarios Regionales de Cuidado de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés).

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este es un recordatorio sobre la actualización periódica de ciertos grupos de códigos utilizados como resultado de la Ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). Vigente el 1ro de enero de 2006, el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare actualizará sus listas de Códigos de Estatus de reclamaciones del cuidado de salud y los Códigos de Categoría de Estatus de reclamaciones del cuidado de salud, con todos los cambios de códigos aplicables publicados en línea con la anotación “**nuevo vigente desde octubre de 2005**” y designaciones de fechas previas.

### Trasfondo

Bajo la Ley HIPAA, los grupos de códigos que caracterizan una situación administrativa general, en lugar de una condición médica o servicio, se conocen como grupos de códigos “no clínicos” o “no médicos”.

Los códigos de Categoría del Estatus de la Reclamación y los códigos de Estatus de Reclamación se utilizan en transacciones de Solicitud de Información y Respuesta (276/277) sobre el Estatus de Reclamaciones de Cuidados de Salud:

## CLAIM STATUS CODE/CLAIM STATUS CATEGORY CODE UPDATE

### Provider Types Affected

*All providers submitting Health Care Claim Status Transactions to Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Carriers (DMERCs), and Fiscal Intermediaries (FIs), including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)*

### Provider Action Needed

*This is a reminder item regarding the periodic update of certain code sets used as a result of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Effective January 1, 2006, the Medicare Claims processing system will update its lists of Health Care Claims Status Codes and Health Care Claims Status Category Codes with all applicable code changes posted online with the “**new as of 10/05**” and prior date designations.*

### Background

*Under HIPAA, code sets that characterize a general administrative situation, rather than a medical condition or service, are referred to as non-clinical or non-medical code sets.*

*Claim Status Category Codes and Claim Status Codes are used in the Health Care Claim Status Inquiry and Response (276/277) transactions:*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

- Los códigos de Categoría de Estatus de Reclamación indican el estatus general del pago de una reclamación.
- Los códigos de Estatus de Reclamación proveen más detalles sobre el estatus notificado en los códigos de categoría de Estatus de Reclamación de una reclamación.

Puede acceder la lista de estos códigos en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

## Implementación

La fecha de implementación para este cambio será el 3 de enero de 2006.

## Información Adicional

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

- *Claim Status Category Codes indicate the general payment status of the claim.*
- *Claim Status Codes provide more detail about the status communicated in the general Claim Status Category Codes.*

*These codes are available online at: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>*

## Implementation

*The implementation date for this change is January 3, 2006.*

## Additional Information

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

Pub. MM3960 / Trans. 631 / CR # 3960/05-29-2005/ Rev/ ML/RR

## Política Médica

### PETICIONES ADICIONALES DE DOCUMENTACIÓN (ADR) PARA REVISIÓN MÉDICA

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores y suplidores de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

A través de la utilización de la Solicitudes de Documentación Adicional (ADR por sus siglas en inglés), su Contratista, incluso Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs) o Intermediario, puede solicitarle a usted documentación adicional en relación a una reclamación de Medicare en particular.

Para obtener un mejor cuadro de la condición clínica de un paciente, el CR 4022 le permite a los Contratistas, DMERCs e Intermediarios solicitar documentación adicional sobre la condición del paciente antes y después de un servicio específico con el fin de obtener un cuadro más completo de la condición clínica del paciente.

Su personal debe estar al tanto de lo que son *Solicitudes de Documentación Adicional* (ADRs por sus siglas en inglés) y debe estar preparado para responder dentro de un período de 30 días.

#### Trasfondo

Cuando un Contratista, DMERC o Intermediario (también denominado como Contratista(s) de Medicare) no puede realizar determinación de cubierta o codificación a base de la información provista en una reclamación y sus anejos, pueden solicitar documentación adicional por medio de un ADR. El contratista de Medicare debe solicitar expedientes relacionados a la(s) reclamación(es) bajo revisión. El contratista de Medicare puede recopilar documentación relacionada a la condición clínica del paciente. Su contratista de Medicare no denegará otras reclamaciones relacionadas a la documentación de la condición del paciente antes

## Medical Policy

### MEDICAL REVIEW ADDITIONAL DOCUMENTATION REQUESTS (ADRS)

#### Provider Types Affected

*All Medicare providers and suppliers*

#### Provider Action Needed

*Through the use of the Additional Documentation Request (ADR), your carrier, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), or intermediary may ask you for additional documentation regarding a particular Medicare claim.*

*To get a more complete picture of a patient's clinical condition, CR4022 allows carriers, DMERCs, and intermediaries to request additional documentation about the patient's condition before and after a specific service to gain a more complete picture of the patient's clinical condition.*

*Your staffs should be aware of ADRs and should be prepared to respond to them within 30 days.*

#### Background

*When a carrier, DMERC, or intermediary (also referred to as Medicare contractor(s)), cannot make a coverage or coding determination from the information that has been provided on a claim and its attachments, they may ask for additional documentation by issuing an Additional Documentation Request (ADR). The Medicare contractor must request records related to the claim(s) being reviewed. The Medicare contractor may collect documentation related to the patient's condition before and after a service in order to get a more complete picture of the patient's clinical condition. Your Medicare contractor will not deny other claims related to the documentation*

Cont. on next page

## Política Médica

y después de la reclamación en cuestión, a menos que se revise y se otorgue consideración apropiada a las reclamaciones adicionales actuales y a la documentación relacionada.

### Información Adicional

Puede encontrar más información sobre ADRs durante el proceso de revisión médica prepago o pospago, visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

También les resultará de utilidad el *Medicare Program Integrity Manual, Capítulo 3 (Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions/ Verificando Errores Potenciales y Tomando Acciones Correctivas)*, Sección 3.4.1.2 (*Additional Documentation Requests (ADR) During Prepayment or Postpayment MR / Solicitudes de Documentación Adicional (ADR) Durante el Prepago o Pospago MR*), el cual es un anejo al CR4022.

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

## Medical Policy

*of the patient's condition before and after the claim in question unless they review and give appropriate consideration to the actual additional claims and associated documentation.*

### Additional Information

*For more information about ADRs during prepayment or postpayment medical review, go to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR4022 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.*

*Also useful is the Medicare Program Integrity Manual, Chapter 3 (Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions), Section 3.4.1.2 (Additional Documentation Requests (ADR) During Prepayment or Postpayment MR), which is an attachment to CR4022.*

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

Pub. Sept-30-2005 / Trans. 125 / CR-4022 / Nov-22-05 / ML

## DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE INSERCIÓN: ÓSEA Y DE TALLO CEREBRAL

### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a los Contratistas o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de dispositivos auditivos de inserción ósea y dispositivos de Tallo Cerebral.

### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

La definición de “dispositivos para mejorar la audición” en el *Medicare Claims Processing Manual* se modificó para excluir a ciertos implantes auditivos.

## AUDITORY OSSEOINTEGRATED AND AUDITORY BRAINSTEM DEVICES

### Provider Types Affected

*Physicians and providers billing Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for auditory osseointegrated and auditory brainstem devices.*

### Provider Action Needed

*The definition of “hearing aids” in the Medicare Claims Processing Manual was modified to exclude certain implanted devices from the category of hearing aid.*

Cont. on next page

## Política Médica

Los Contratistas de Medicare no pagarán por ningún gasto incurrido de la Parte A o B en artículos o servicios relacionados a dispositivos auditivos (42 CFR 411.15(d)). Sin embargo, la definición de "dispositivos para mejorar la audición" indica que los aparatos auditivos de inserción ósea (código L8699) y dispositivos de Tallo Cerebral (**código L8614**) **son aparatos prostéticos elegibles para pago por parte de Medicare.**

Estas prótesis se **pagarán** solamente cuando otras ayudas auditivas son médicamente inapropiadas o no se pueden utilizar debido a malformaciones congénitas, enfermedades crónicas, pérdida de audición sensorial-neural severa, o cirugía previa.

### Trasfondo

Dispositivos para mejorar la audición se define como:

Aparatos electrónicos que amplifican el sonido compensando la audición limitada. Estos incluyen aparatos de conducción de aire y de hueso. Los dispositivos de conducción de aire, proveen energía acústica a la cóclea por medio de la estimulación de la membrana timpánica con sonidos amplificados.

Los de conducción de hueso proveen energía mecánica a la cóclea por medio de la estimulación del cuero cabelludo "scalp" con vibración mecánica amplificada, o por medio del contacto directo con la membrana timpánica o los huesillos del oído medio.

Los dispositivos prostéticos son los siguientes:

- Implantes cocleares e implantes de tallo cerebral: dispositivos que sustituyen la función de las estructuras cocleares o nervios auditivos. Además proveen energía eléctrica a las fibras nerviosas auditivas y a otros tejidos neurales por medio de electrodos implantados.

## Medical Policy

*Medicare contractors will not pay for any part A or part B expenses incurred for items or services related to "hearing aids or examination for the purpose of prescribing, fitting, or changing hearing aids." (42 CFR 411.15(d)) These items and services are excluded from coverage. However, the definition of hearing aids now indicates that auditory osseointegrated (code L8699) devices and auditory brainstem (code **L8614**) devices are **prosthetic devices that are eligible for Medicare payment.***

*Be aware that Medicare contractors **will pay** for osseointegrated auditory and brainstem auditory devices as prosthetic devices but only when indicated: where hearing aids are medically inappropriate or cannot be used due to congenital malformations, chronic disease, severe sensorineural hearing loss, or surgery.*

### Background

*Medicare now defines hearing aids as follows:*

*Hearing aids are amplifying devices that compensate for impaired hearing. Hearing aids include air conduction devices that provide acoustic energy to the cochlea via stimulation of the tympanic membrane with amplified sound. They also include bone conduction devices that provide mechanical energy to the cochlea via stimulation of the scalp with amplified mechanical vibration or by direct contact with the tympanic membrane or middle ear ossicles.*

*Certain devices that produce perception of sound by replacing the function of the middle ear, cochlea, or auditory nerve are payable by Medicare as prosthetic devices. These devices are indicated only when hearing aids are medically inappropriate or cannot be utilized due to congenital malformations, chronic disease, severe sensorineural hearing loss, or surgery.*

*The following are prosthetic devices:*

- *Cochlear implants and auditory brainstem implants; that is, devices that replace the function of cochlear structures or auditory nerves and provide electrical energy to auditory nerve fibers and other neural tissue via implanted electrode arrays.*

Cont. on next page

## Política Médica

- Implantes de inserción ósea: aparatos implantados en el cráneo para sustituir la función del oído medio y proveer energía a la cóclea por medio de un conversor mecánico.

LA IMPLANTACIÓN DEL DISPOSITIVO CON EL CÓDIGO (L8699) DEBERÁ SER FACTURADO POR PROVEEDORES Y CLÍNICAS AMBULATORIAS DE HOSPITAL, UTILIZANDO LOS CÓDIGOS ACTUALES DE IMPLANTACIÓN INTEGRADA AL HUESO (69714, 69715, 69717 Y 69718). TAMBIÉN, CUANDO SEA APROPIADO, DEBERÁN FACTURAR EL IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE TALLO CEREBRAL (L8614), UTILIZANDO LOS CÓDIGOS DE RESECCIÓN DE TUMOR 61520, 61530 Y 61598; ADEMÁS DE UN CÓDIGO DE NEUROESTIMULADOR CRANEAL (61875).

### Información Adicional

Puede encontrar información adicional sobre la cubierta de implantes cocleares en el CR3796 y el artículo Medlearn Matters que le complementa, MM3796. La sección *Información Adicional* del artículo MM3796 también delinea las guías de la política para la cubierta de implante coclear, y una lista de los códigos HCPCS asociados con los implantes cocleares.

Para ver el CR3796, Trans. 601, “Implantes Cocleares”, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R601CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R601CP.pdf)

Para ver el artículo Medlearn Matters relacionado, MM3796, sobre el tema de “Implantes Cocleares”, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3796.pdf>

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario referente a este cambio visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

## Medical Policy

- *Osseointegrated implants; that is, devices implanted in the skull that replace the function of the middle ear and provide mechanical energy to the cochlea via a mechanical transducer.*

*NOTE: HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENTS AND PHYSICIANS SHOULD BILL RELATED IMPLANTATION SERVICES USING THE CURRENT CODES FOR OSSEOINTEGRATED IMPLANTATION (SUCH AS 60714, 69715, 69717, AND 60718) FOR DEVICE CODE L8699. IN ADDITION, PHYSICIANS SHOULD BILL THE APPROPRIATE SERVICES FOR IMPLANTATION OF THE AUDITORY BRAINSTEM DEVICE (CODE L8614), USING THE CODES FOR TUMOR RESECTION (61520, 61530, 61598), IF INDICATED, AND ALSO A CODE FOR CRANIAL NEUROSTIMULATORS (61875).*

### Additional Information

*Additional information about coverage for cochlear implantation can be found in CR3796 and the accompanying Medlearn Matters article, MM3796. The Additional Information section of MM3796 also outlines the policy guidelines for cochlear implantation coverage, and a listing of Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) codes associated with cochlear implantation.*

*To view CR3796, Transmittal #601: Cochlear Implantation, go to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R601CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R601CP.pdf) on the CMS web site.*

*To view the associated Medlearn Matters article, MM3796, on Cochlear Implantation, go to <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3796.pdf> on the CMS web site.*

*The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

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

Pub. Sept-30-2005 / Trans. 694 / CR-4072 / Nov-26-05 / ML



## Política Médica

### “CARE PLAN OVERSIGHT” (CPO)

Saludos de su contratista de Medicare Parte-B. El propósito de este comunicado es orientarle sobre los servicios de Care Plan Oversight (CPO). A continuación le presentamos un breve resumen introductorio:

Care Plan Oversight, es la supervisión médica del plan establecido para el cuidado de pacientes que están cubiertos bajo el beneficio de Hospicio, o una Agencia de Salud en el Hogar, en éstos casos, los pacientes requieren una evaluación y cuidado multidisciplinario, que requiere participación médica.

Un beneficiario, podrá disfrutar de éste servicio, siempre y cuando su médico **certifique** la necesidad de éste tipo de cuidado, y se comprometa a interactuar con la Agencia de Salud, y revisar el plan de cuidado establecido.

Cada 60 días, el médico responsable del cuidado, **recertificará** la necesidad de continuar con el tratamiento indicado. Esta Recertificación, la repetirá tantas veces como lo considere necesario.

Una vez cada 30 días, efectuará una **supervisión médica** del Plan de Cuidado establecido, realizando una evaluación multidisciplinaria del tratamiento en todos sus aspectos, (para lo cual no se requiere la presencia del paciente), y podrá incorporar cambios al tratamiento, así como efectuar ajustes terapéuticos o cualquier modificación que considere necesaria. De no haber evidencia de una certificación o recertificación los servicios de supervisión (G0181) serán denegados.

Para la facturación de la certificación (G0180) y la recertificación (G0179) de servicios de Care Plan Oversight se requiere que se realice la supervisión médica del plan de cuidado multidisciplinario. Es inherente a estos códigos que el paciente necesite y que se realice supervisión y coordinación de su cuidado. De no existir evidencia documental de esta supervisión y coordinación, se denegarán la certificación o la recertificación por incumplimiento con este requisito.

## Medical Policy

### CARE PLAN OVERSIGHT (CPO)

*Greetings from your Medicare Part B Carrier. The purpose of this communication is to orient the providers about the Care Plan Oversight (CPO) services. The following information is a brief summary:*

*Care Plan Oversight is the medical supervision of the plan of care established for a patient that is covered under hospice benefits or a Home Health Agency. In these cases, patients require an evaluation and multidisciplinary care that requires medical participation.*

*A patient can benefit of this service as long as his physician **certifies** or **recertify** the necessity for this type of care, Inherent to this certification is a commitment to interact with the health agency and revise the established care plan.*

*Every 60 days, the physician that is responsible for the care, will **recertify** the necessity of continuing the indicated treatment. This recertification will be repeated as many times as considered necessary.*

*Once every 30 days, a **medical supervision** of the established Plan of care will be conducted, making a multidisciplinary evaluation of the treatment in all its aspects, (patient's presence is not required) in which changes can be incorporated to the treatment, as well as therapeutic adjustments or any modification considered necessary. To bill the medical supervision (G0181) there must be documentation of a certification or recertification, or the service will be denied.*

*To bill the certification (G0180) or recertification (G0179) of Care Plan Oversight services, it is required the supervision and coordination of the interdisciplinary plan of care. It is an inherent part of these codes that the patient needs and receive supervision and coordination of his care. If there is no documental evidence of this supervision and coordination, these services will be denied.*

JLS-Medical Director-Medicare Part-B/December, 2005

# Medical Policy

## IMPLEMENTATION OF CARRIER GUIDELINES FOR END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) REIMBURSEMENT FOR AUTOMATED MULTI-CHANNEL CHEMISTRY (AMCC) TESTS (SUPPLEMENTAL TO CHANGE REQUEST 2813)

### Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing automated multi-channel chemistry tests to Medicare carriers

### Provider Action Needed

This article is based on information from Change Request (CR) 3890, which supplements CR2813 by implementing Carrier procedures for enforcing compliance with the payment policy for End Stage Renal Disease (ESRD)-related laboratory services (i.e., the ESRD 50/50 rule).

The ESRD 50/50 rule requires the billing laboratory to identify AMCC tests ordered and to classify them according to the following categories:

1. AMCC test ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is part of the composite rate and is not separately billable;
2. AMCC test ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is a composite rate test but is beyond the normal frequency covered under the rate and is separately reimbursable based on medical necessity; and
3. AMCC test ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is not part of the composite rate and is separately billable.

This proportion (or percentage) of composite tests to non-composite tests is used to determine whether separate payment may be made for all tests performed on the same day for the same beneficiary.

When billing Medicare for ESRD-related AMCC tests, laboratories must identify which tests, if any, are not included within the ESRD facility composite rate payment. Ensure the tests are properly identified. When billing for AMCC tests, the laboratory must identify the appropriate modifier for each test, as follows:

- **Modifier “CD”** – AMCC test has been ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is part of the composite rate and is not separately billable.
- **Modifier “CE”** – AMCC test has been ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is a composite rate test but is beyond the normal frequency covered under the rate and is separately reimbursable based on medical necessity.
- **Modifier “CF”** – AMCC test has been ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is not part of the composite rate and is separately billable.

### Background

This instruction supplements Change Request (CR) 2813 (Transmittal 198, dated June 4, 2004, subject:

Cont. on next page

# Medical Policy

End Stage Renal Disease (ESRD) Reimbursement for Automated Multi-Channel Chemistry (AMCC) Tests) by implementing Medicare carrier procedures to enforce compliance with the payment policy for End Stage Renal Disease (ESRD)-related laboratory services. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is implementing these new procedures in response to payment vulnerabilities identified by the Office of the Inspector General (OIG) in the Department of Health and Human Services.

## The ESRD 50/50 Rule

The ESRD 50/50 rule requires the billing laboratory to determine (for the same beneficiary on the same date-of-service):

- The number of AMCC tests (ordered and performed) that are included in the composite payment rate paid to the ESRD facility (or the monthly capitation payment made to the furnishing physician); and
- The number of covered non-composite tests paid.

The proportion of composite versus non-composite tests calculated by the billing laboratory is then used to determine whether separate payment may be made for all tests performed on that day.

Medicare's composite rate payment to an ESRD facility (or Monthly Capitation Payment (MCP) to a physician) includes reimbursement for certain routine clinical laboratory tests furnished to an ESRD beneficiary. However, separate payment for such clinical laboratory tests may be made when more than 50 percent of all Medicare-covered laboratory services (furnished to the same beneficiary on the same date of service) are AMCC tests that are not included in the composite payment rate.

In other words (for the same beneficiary on the same date of service):

When...	Then...
The 50 percent threshold is met [i.e., more than 50 percent of the covered tests are non-composite payment rate tests]	All laboratory tests (composite payment rate and non-composite payment rate tests) furnished on that date are separately payable.
The 50 percent threshold is not met [i.e., 50 percent or more of the covered tests are included under the composite payment rate]	No laboratory tests (including non-composite payment rate tests) furnished on that date are separately payable.

**NOTE:** A NON-COMPOSITE PAYMENT RATE TEST IS DEFINED AS ANY TEST SEPARATELY REIMBURSABLE OUTSIDE OF THE COMPOSITE PAYMENT RATE OR BEYOND THE NORMAL FREQUENCY COVERED UNDER THE COMPOSITE PAYMENT RATE THAT IS REASONABLE AND NECESSARY.

## Laboratory Tests Subject to ESRD 50/50 Rule

The laboratory tests subject to the ESRD 50/50 rule are those tests:

- Included within AMCC tests, and
- Furnished to an ESRD beneficiary based upon an order by:
  - A doctor rendering care in the dialysis facility; or
  - A Monthly Capitation Payment (MCP) physician at the dialysis facility for the diagnosis and treatment of the beneficiary's ESRD.

**NOTE:** TESTS ORDERED BY THE MCP PHYSICIAN OUTSIDE OF THE DIALYSIS CLINIC ARE NOT SUBJECT TO THE ESRD 50/50 RULE.

Cont. on next page

# Medical Policy

## Payment Policy for AMCC Tests for ESRD Beneficiaries

With respect to the application of the payment policy for AMCC tests for ESRD beneficiaries, the following applies:

- Payment is at the lowest rate even if those automated tests were submitted as separate claims for tests performed by the same provider, for the same beneficiary, for the same date of service.
- For a particular date of service, the laboratory identifies the AMCC tests ordered that are included in the composite rate and those that are not included. The composite rate tests are defined in attachments to CR3890. Attachment 1 shows tests for Hemodialysis, Intermittent Peritoneal Dialysis (IPD), Continuous Cycling Peritoneal Dialysis (CCPD), and Hemofiltration. Attachment 2 covers Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). Instructions for accessing CR3890 are provided in the Additional Information section of this article.
- All tests ordered for beneficiaries with chronic dialysis for ESRD must be billed individually. Carriers must reject claims for these tests when billed as a panel.
- When billing Medicare for ESRD-related AMCC tests, laboratories must identify which tests, if any, are not included within the ESRD facility composite rate payment. Three pricing modifiers discreetly identify the different payment situations for ESRD AMCC services. When billing for AMCC tests, the laboratory must identify the appropriate modifier for each test, as follows:
- **Modifier “CD”** – AMCC test has been ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is part of the composite rate **and** is not separately billable.
- **Modifier “CE”** – AMCC test has been ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is a composite rate test but is beyond the normal frequency covered under the rate **and** is separately reimbursable based on medical necessity.
- **Modifier “CF”** – AMCC test has been ordered by an ESRD facility (or MCP physician) that is **not** part of the composite rate **and** is separately billable.

**NOTE:** ESRD CLINICAL LABORATORY TESTS IDENTIFIED WITH MODIFIERS “CD”, “CE” OR “CF” MAY NOT BE BILLED AS ORGAN OR DISEASE PANELS. UPON THE EFFECTIVE DATE OF CR3890, ALL ESRD CLINICAL LABORATORY TESTS MUST BE BILLED INDIVIDUALLY.

### Implementation

The implementation date for this instruction is January 1, 2006.

### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site. From that web page, look for CR3890 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### SERVICIOS NO PRESTADOS EN LOS ESTADOS UNIDOS

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a los Contratistas e Intermediarios de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Médicos, proveedores y suplidores deben prestar especial atención a que este artículo se basa en información contenida en la Petición de Cambio (CR) 3781, la cual informa a los Contratistas e Intermediarios Fiscales (FIs) de Medicare que permitan la realización de pagos a hospitales en el extranjero por concepto de servicios hospitalarios de emergencia bajo ciertas circunstancias.

EL CR 3781 instruye a los Contratistas y FIs de Medicare que permitan el pago a un hospital en el extranjero por concepto de servicios hospitalarios de emergencia a un beneficiario cuando: 1) el beneficiario estaba presente en los Estados Unidos al momento en que ocurrió la emergencia que requirió los servicios hospitalarios, y 2) el hospital fuera de los Estados Unidos que prestó los servicios hospitalarios de emergencia constituía el lugar más cercano al lugar donde ocurrió la emergencia (o sustancialmente el más accesible) que el hospital más cercano y adecuadamente equipado dentro de los Estados Unidos.

Para más detalles, refiérase a las secciones *Trasfondo* e *Información Adicional* de esta instrucción.

#### Trasfondo

Aunque las excepciones típicas a los servicios conocidos como "exclusión foránea" incluyen servicios que se ofrecen en México y Canadá, es posible para Medicare realizar un pago a hospitales extranjeros además de aquellos localizados en Canadá y México.

Por ejemplo, si una emergencia requiere que los servicios hospitalarios sean brindados a un beneficiario de Medicare residente de Guam y el hospital más cercano y adecuadamente

## Billing Policies

### SERVICES NOT PROVIDED WITHIN THE UNITED STATES

#### Provider Types Affected

*Physicians and providers billing Medicare carriers and intermediaries*

#### Provider Action Needed

*Physicians, providers, and suppliers should note that this article is based on information contained in Change Request (CR) 3781, which informs Medicare carriers and Fiscal Intermediaries (FIs) to permit payment to be made to a foreign hospital for emergency inpatient services in certain circumstances.*

*CR3781 instructs Medicare carriers and FIs to permit payment to be made to a foreign hospital for emergency inpatient services provided to a beneficiary where 1) the beneficiary was present in the United States at the time the emergency occurred which necessitated the inpatient hospital services, and 2) the hospital outside the U.S. that provided the emergency inpatient services was closer to the place where the emergency arose (or substantially more accessible) than the nearest adequately equipped hospital within the United States.*

*Please see the Background and Additional Information sections of this instruction for further details.*

#### Background

*Although the typical exceptions to Medicare's "foreign exclusion" involve services that are furnished in Canada and Mexico, it is possible for Medicare to make payment to foreign hospitals besides those located in Canada and Mexico.*

*For example, if an emergency necessitated that inpatient hospital services be furnished to a Medicare beneficiary who is living in Guam and the nearest adequately equipped hospital to treat that beneficiary was located*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

preparado para tratar a dicho beneficiario estaba localizado en las Filipinas, el pago de Medicare no estaría prohibido bajo la “exclusión foránea” de Medicare debido a que se permite el pago de Medicare para servicios bajo el Acta de Seguro Social (Social Security Act), Sección 1814(f); 42 U.S.C. 1395f(f)) en tales circunstancias.

Por lo tanto, el CR 3781 le indica a los Contratistas y a los FIs de Medicare que permitan el pago a hospitales en el extranjero por concepto de servicios hospitalarios de emergencia brindados a un beneficiario, cuando:

- El beneficiario estuvo presente en los Estados Unidos al momento de ocurrir la emergencia que requirió los servicios de hospitalización.
- El hospital fuera de los Estados Unidos que prestó los servicios hospitalarios de emergencia constituía el lugar más cercano al lugar donde ocurrió la emergencia (o sustancialmente el más accesible) que el hospital más cercano y adecuadamente equipado dentro de los Estados Unidos.

### DEFINICIÓN DE “ESTADOS UNIDOS”

Para efectos del Acta de Seguro Social (Social Security Act) Sección 1814(f), el término “Estados Unidos” se refiere a:

- Los 50 estados continentales
- El Distrito de Columbia
- El Estado Libre Asociado de Puerto Rico
- Las Islas Vírgenes Norteamericanas
- Guam
- Samoa Americana
- Las Islas Mariana del Norte, y
- Las aguas territoriales adyacentes a jurisdicción de los Estados Unidos (en el caso de servicios prestados en una embarcación)

## Billing Policies

*in the Philippines, Medicare payment would not be prohibited under Medicare’s “foreign exclusion” because Medicare payment may be permitted for the services under the Social Security Act (Section 1814(f); 42 U.S.C. 1395f(f)) in such instances.*

*Therefore, CR3781 directs Medicare carriers and FIs to permit payment to be made to a foreign hospital for emergency inpatient services provided to a beneficiary where:*

- *The beneficiary was present in the United States at the time the emergency occurred that necessitated the inpatient hospital services; and*
- *The hospital outside the United States that provided the emergency inpatient services was closer to the place where the emergency arose (or substantially more accessible) than the nearest adequately equipped hospital within the United States.*

### DEFINITION OF “UNITED STATES”

*For purposes of the Social Security Act (Section 1814(f)), the term “United States” means:*

- *The 50 States;*
- *The District of Columbia;*
- *The Commonwealth of Puerto Rico;*
- *The Virgin Islands;*
- *Guam;*
- *American Samoa;*
- *The Northern Mariana Islands; and*
- *The territorial waters adjoining the land areas of the United States (for purposes of services rendered on board a ship).*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 17 de noviembre de 2005.

### Información Adicional

Para información detallada, vea la instrucción oficial emitida a su contratista o intermediario en relación a este cambio. Visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Desde esa página, busque el CR 3781 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

## Billing Policies

### Implementation

*The implementation date for the instruction is November 17, 2005.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR3781 in the CR NUM column on the right, and click on the file(s) for that CR.*

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

Trans. 38 & 654 / CR-3781 / Nov-17-05 / ML/RR

## ACTUALIZACIONES RELACIONADAS A CÓDIGOS CPT 99321 - 99350 DE VISITA EN EL HOGAR Y CUIDADO DOMICILIARIO

### Proveedores Afectados

Proveedores que le facturan al contratista de Medicare Parte B por servicios médicamente necesarios de Evaluación Y Manejo (E/M) para visitas de cuidado en el hogar y centros de cuidado domiciliario y a los contratistas de Medicare Parte B que procesan estas reclamaciones.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo y el CR 3922 proveen información sobre los códigos de lugar de servicio (POS, según sus siglas en inglés) que se incluirán junto con los códigos del Manual de Códigos de Procedimientos (CPT) para visitas en el hogar y en los centros de cuidado domiciliario. Específicamente el código POS 13 deberá utilizarse cuando el lugar de servicio es una instalación de vivienda asistida y el código 14 deberá utilizarse cuando el lugar de servicios es un hogar grupal. Éstos entrarán en vigor para servicios en o después del 1 de abril de 2004.

## UPDATES TO HOME AND DOMICILIARY CARE VISITS RELATED TO CPT CODES 99321-99350

### Provider Types Affected

*Providers billing carriers for medically necessary evaluation and management (E/M) home and domiciliary care visits and carriers processing these claims*

### Provider Action Needed

*This article and related CR3922 provide information on place of service (POS) codes to be included with the Current Procedural Terminology (CPT) codes for home and domiciliary care visits. Specifically, POS code 13 should be used where the POS is an assisted living facility and code 14 should be used for group homes, effective for services on or after April 1, 2004. Use of the correct codes will help Medicare make prompt and correct payments for these services.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

#### **Códigos CPT 99321 - 99333: Centros Domiciliarios, Hospedajes o Égidas**

Códigos CPT 99321 al 99333: Centros Domiciliarios, hospedajes (ej: pensión) y servicios en égidas, se utilizan para informar en la reclamación, servicios de E/M a personas que residen en una instalación que provee servicios de hospedaje y otros servicios de asistencia personal, generalmente por un período prolongado. El CR 3922 actualiza los códigos de lugar de servicio (POS) que se pueden usar con los códigos del CPT 99321 al 99333: 13 (Instalación de vivienda asistida) y 14 (hogar grupal).

Instalación de vivienda asistida también se conocen como instalaciones de vivienda para adultos. Previamente, los códigos POS 33 (Égida) y 55 (Instalación Residencial de Abuso de Sustancia Controladas) eran los lugares para los códigos 99321- 99333.

#### **Códigos CPT 99341- 99350: Servicios en el hogar**

Los códigos CPT 99341 al 99350: Servicios en el Hogar, se utilizan para informar servicios de E/M prestados a pacientes viviendo en su residencia privada. El CR 3922 le indica a los contratistas de Medicare Parte B que deben interpretar el término "residencia privada" como la casa, un apartamento u otra instalación que no sea un arreglo de vivienda congregada o compartida.

Una instalación con un arreglo de vivienda congregada o compartida incluye instalaciones de vivienda asistida, instalaciones de vivienda para adultos y hogares grupales. Estas actualizaciones a visitas en el hogar y a centros de cuidado domiciliario, especifican que "Los códigos para Servicios en el Hogar no aplican a un individuo que reside en cualquier tipo de instalación con un arreglo de vivienda congregada o compartida". Los códigos del CPT 99341 al 99350 no se deben utilizar con códigos POS 13 ó 14.

#### **Centros de Enfermería Especializadas (SNF) o Centro de enfermería (NF)**

Los códigos de Servicios en el Hogar no se deben utilizar para los servicios de E/M provistos a pacientes residiendo en un Centro

## Billing Policies

### Background

#### **CPT Codes 99321 - 99333: Domiciliary, Rest Home, or Custodial Care Services**

*CPT codes 99321 through 99333: Domiciliary, Rest Home (e.g. Boarding Home), or Custodial Care Services, are used to report E/M services to individuals residing in a facility which provides room, board, and other personal assistance services, generally on a long-term basis. CR3922 updates the place of service (POS) codes that can be used with CPT codes 99321 through 99333 to include: 13 (Assisted Living Facility) and 14 (Group Home).*

*Assisted living facilities may be known as adult living facilities. Previously, POS codes 33 (Custodial Care Facility) and 55 (Residential Substance Abuse Facility) were the sites of service for CPT codes 99321 through 99333.*

#### **CPT Codes 99341 - 99350: Home Services Codes**

*CPT codes 99341 through 99350: Home Services codes, are used to report E/M services furnished to a patient residing in his or her own private residence. Related CR3922 instructs carriers to interpret the term "private residence" as a private home, an apartment, town home, or other non-congregate/shared facility living arrangement.*

*A congregate/shared facility living arrangement includes assisted living facilities, adult living facilities, and group homes. These updates to home and domiciliary care visits specify that "Home Services codes do not apply to an individual residing in any type of congregate/shared facility living arrangement." Home Services CPT codes 99341 through 99350 should not be used with POS codes 13 or 14.*

#### **Skilled Nursing Facility (SNF) or Nursing Facility (NF) Services**

*Home Services codes should not be used for E/M services provided to patients residing in a Skilled Nursing Facility (SNF) or a Nursing Facility (NF). E/M services provided to patients*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

de Enfermería Especializada (SNF) o en un Centro de Enfermería (NF). Los servicios de E/M provistos a pacientes residiendo en el SNF o NF deberán ser informados con el código de servicio del nivel adecuado identificado para la evaluación comprensiva del Centro de enfermería (Códigos CPT 99301 – 99303) o servicios subsiguientes del Centro de Enfermería (Códigos CPT 99311 – 99313). Utilice los códigos CPT 99315 – 99316 para servicios de alta del SNF/NF.

### Implementación

La fecha de implementación de esta instrucción es el 5 de diciembre de 2005.

### Información Adicional

Los códigos de lugar de servicio se publicaron en el *Transmittal* 121 (CR 3087) con fecha del 19 de marzo de 2004 y está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/r121cp.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r121cp.pdf)

Además, CR3087 revisó la descripción del código de Hogar Grupal que lee:

“Una residencia, con áreas de vivienda compartidas, donde los clientes reciben supervisión y otros servicios, tales como, servicios sociales y/o de comportamiento, servicios custodiales, y servicios mínimos (ej: suministro de medicamento).”

La instrucción oficial emitida a su contratista con relación a este cambio está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esta página busque el CR 3922 en la columna de la derecha denominada CR NUM.

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

## Billing Policies

*residing in an SNF or an NF must be reported using the appropriate level of service code within the range identified for comprehensive nursing facility assessments (CPT codes 99301 – 99303) and subsequent nursing facility care services (CPT codes 99311 – 99313). Use CPT codes 99315 – 99316 for SNF/NF discharge services.*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is December 5, 2005.*

### Additional Information

*New POS codes were published in Transmittal 121 (CR 3087), dated March 19, 2004, available at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R121CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R121CP.pdf) on the CMS web site.*

*Additionally, CR3087 revised the description of the Group Home code to read:*

*“A residence, with shared living areas, where clients receive supervision and other services, such as social and/or behavioral services, custodial services, and minimal services (e.g. medical administration).”*

*The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR 3922 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Pub. MM3922/Trans. 667/CR-3922/9/2/2005/Rev./ab js RR

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN AL CONJUNTO DE CÓDIGOS DE LUGAR DE SERVICIO (POS) PARA AÑADIR UN CÓDIGO PARA FARMACIA

#### Proveedores Afectados

Proveedores de Medicare que facturan a los Contratistas de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

El Medicare Claims Processing Manual y los sistemas de procesamiento de reclamaciones se están revisando para incluir un nuevo Código de Lugar de Servicio (POS) para farmacia: "01".

**Reclamaciones para servicios cubiertos ofrecidos utilizando el nuevo código POS para una farmacia, serán pagadas en base a la tarifa de "non-facility".** Los directores médicos de sus contratistas desarrollarán políticas, según sea necesario, para adjudicar las reclamaciones que contengan este nuevo código.

Manténgase al tanto de las codificaciones de POS para que permanezca en cumplimiento con la reglamentación HIPAA.

#### Información Adicional

El nuevo código POS para farmacia es "01". En el conjunto de códigos POS, se define farmacia como una instalación o localidad donde se vende, dispensa o se provee directamente a los pacientes medicamentos o artículos médicamente relacionados. El conjunto de códigos POS con el código de servicio de una farmacia se encuentra en el Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 26, Sección 10.5, el cual se adjunta al CR 3819, que es la instrucción oficial emitida por su Contratista o DMERC en relación a este cambio.

Puede encontrar esta instrucción visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). Desde esa página Web, busque el CR 3819 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

## Billing Policies

### UPDATE TO THE PLACE OF SERVICE (POS) CODE SET TO ADD A CODE FOR PHARMACY

#### Provider Types Affected

*Medicare providers billing Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs)*

#### Provider Action Needed

*The Medicare Claims Processing Manual and claims processing systems are being revised to include a new Place of Service (POS) code for pharmacy of 01.*

***Claims for covered services rendered using the new POS code for a pharmacy setting will be paid at the nonfacility rate.*** Your carrier's medical directors will develop policies, as needed, to adjudicate claims containing this new code.

*Stay current on POS coding in order to remain compliant with HIPAA.*

#### Additional Information

*The new POS code for pharmacy is 01. In the POS code set, pharmacy is defined as a facility or location where drugs and other medically related items and services are sold, dispensed, or otherwise provided directly to patients. The POS code set with the pharmacy place of service code can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 26, Section 10.5, which is attached to CR3819, the official instruction issued to your carrier/DMERC regarding this change.*

*That instruction may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS website. From that web page, look for CR3819 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

*For additional information please call us at 1-877-715-1921.*

Pub. April-29-2005 /Trans. 549 / CR-3819 / Nov-15-05 / ML/RR

## Políticas de Pago

### ACLARACIÓN A CONTRATISTAS DE LA PARTE B Y CONTRATISTAS REGIONALES DE EQUIPO MÉDICO DURADERO SOBRE LA CORRECCIÓN Y RECUPERACIÓN DE PAGOS DE RECLAMACIONES PROCESADAS PREVIAMENTE

#### Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que facturan a Contratistas de la Parte B de Medicare, incluyendo contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este es un aviso único aclara sobre la corrección y recuperación de pagos previamente procesados por concepto de reclamaciones de Medicare.

Debe estar conciente de acciones que pudieran afectar sus pagos.

Cuando es necesario hacer un ajuste a una reclamación previamente procesada, se debe realizar un ajuste completo a la reclamación. Esto se hace sin considerar si Medicare es el asegurador primario o el secundario.

#### Trasfondo

Anteriormente, el CR 1523 de Medicare requería a los contratistas y a los DMERCs realizar un ajuste completo a una reclamación siempre que se hiciera un ajuste a reclamaciones previamente adjudicadas. El CR 3772 reitera las instrucciones del CR 1523 al requerir un ajuste total a la reclamación en el caso de que se recupere dinero de los proveedores, sin considerar si se trata de una reclamación de Medicare como Pagador Secundario (MSP por sus siglas en inglés o de una reclamación “non-MSP”).

Si es necesario recuperar dinero, el pago anterior será denegado, y se emitirá un nuevo pago si el pago se está reduciendo y Medicare genera una entrada de “cuenta por cobrar” sobre la cantidad del sobrepago. En caso de que no se adeude cantidad alguna, se revierte el pago anterior y se genera una entrada de “cuenta por cobrar” por la misma cantidad que fue previamente pagada.

## Billing Policies

### CLARIFICATION FOR CARRIERS AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIERS ABOUT CORRECTION AND RECOUPMENT OF PAYMENTS FOR PREVIOUSLY PROCESSED CLAIMS

#### Provider Types Affected

*Providers and suppliers who bill Medicare Carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)*

#### Provider Action Needed

*This is a one-time notice that provides clarification about correction and recoupment of payments for previously processed Medicare claims.*

*Be aware of actions that could impact your payments.*

*When a previously processed claim needs to be adjusted, a full claim adjustment must be done. This will happen regardless of whether Medicare is primary or secondary.*

#### Background

*Previously, Medicare’s CR 1523 required that carriers and DMERCs make a full claim adjustment whenever an adjustment was processed for a claim that was previously adjudicated. CR 3772 reiterates CR 1523 by requiring a full claim adjustment when money is recouped from providers whether the claim is a Medicare Secondary Payer (MSP) claim or non-MSP.*

*If money needs to be recouped, the previous payment is negated, and a new payment is recognized if payment is being reduced, and Medicare creates an account receivable in the amount that was overpaid. If there is no payment due, the previous payment is reversed, and an account receivable is created in the same amount as that previously paid.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Si usted recibe una carta de cobro de parte de Medicare como resultado de un ajuste y un sobrepago, la carta debe identificar:

- La Reclamación
- La Cantidad del Sobrepago
- Cuándo deberá pagar tal sobrepago, y
- El Número de Control Financiero (Financial Control Number) para facilitar el rastreo de la reclamación

Si el pago se realiza a tiempo, Medicare hará el ajuste en su sistema para reflejar que el sobrepago ha sido devuelto. Sin embargo, si el pago no es recibido a tiempo, Medicare hará los ajustes necesarios en pagos de reclamaciones futuras para recuperar la cantidad pagada en exceso.

### Implementación

La fecha de implementación para este cambio será el 3 de enero de 2006.

### Información Adicional

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

## Billing Policies

*Should you receive a demand letter from Medicare as a result of such an adjustment and overpayment, the letter will identify:*

- *The claim,*
- *The overpayment amount,*
- *When the overpayment must be repaid, and*
- *A Financial Control Number for tracking purposes.*

*If payment is made timely, Medicare will adjust its system to reflect the overpayment was made. However, if payment is not received timely, Medicare will adjust payments on future claims to obtain repayment.*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is January 3, 2006.*

### Additional Information

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

Trans. 618 / CR # 3772/07-22-05/ Rev / ML/RR

## “PHYSICIAN VOLUNTARY REPORTING PROGRAM” UTILIZANDO CÓDIGOS DE CALIDAD “G”

### Proveedores Afectados

Médicos y otros profesionales de la salud que facturan a Medicare.

### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo provee información sobre el “Physician Voluntary Reporting Program” (PVRP) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Ayudará a los médicos a entender este nuevo programa voluntario y el uso de los códigos de calidad “G” para someter data sobre la calidad de los cuidados brindados a beneficiarios de Medicare.

### Trasfondo

Como parte de sus esfuerzos para mejorar la calidad en general, CMS está lanzando el

## PHYSICIAN VOLUNTARY REPORTING PROGRAM USING QUALITY G-CODES

### Provider Action Needed

*This article provides information about the Centers for Medicare & Medicaid Services’ (CMS) Physician Voluntary Reporting Program (PVRP). It will assist physicians in understanding this new voluntary reporting program and the use of G-codes to report data about the quality of care provided to Medicare beneficiaries.*

### Background

*As part of its overall quality improvement efforts, CMS is launching the Physician Voluntary Reporting Program (PVRP). This new program builds on Medicare’s comprehensive efforts to*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Programa PVRP (*Physician Voluntary Reporting Program*). Este nuevo programa añade a los esfuerzos abarcadores para mejorar sustancialmente la salud y función de nuestros beneficiarios. A través del programa se espera la prevención de complicaciones de enfermedades crónicas, evitando hospitalizaciones prevenibles y mejorando la calidad del cuidado de la salud brindado.

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

### Medidas de Consenso Nacional e Indicadores

A estos efectos, CMS comenzó el proceso de desarrollar un grupo de medidas e indicadores de consenso nacional, que le permitirán a los médicos someter manera más eficiente información sobre la calidad de los servicios de salud brindados a beneficiarios de Medicare, de manera más eficiente. CMS ha identificado 36 medidas clínicas válidas, basadas en evidencia, que han sido parte de las directrices endosadas por médicos y las sociedades de especialidades médicas. Éstas son el resultado de comentarios y retroalimentación recibida de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud. Mas aún, CMS está desarrollando la infraestructura que servirá de base de modo que el informar esas medidas en reclamaciones médicas existentes podría comenzar tan pronto como el 1 de enero de 2006.

### Recopilación de Data a través del Sistema Administrativo de Reclamaciones

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

## Billing Policies

*substantially improve the health and function of our beneficiaries by preventing chronic disease complications, avoiding preventable hospitalizations, and improving the quality of care delivered.*

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

### National Consensus Measures and Indicators

*To this end, CMS has begun the process of developing a comprehensive set of national consensus measures and indicators that will allow physicians to more efficiently report quality information on the health services provided to Medicare beneficiaries. CMS has identified 36 evidence-based clinically valid measures that have been part of the guidelines endorsed by physicians and the medical specialty societies and are the result of extensive input and feedback from physicians and other quality care experts. Moreover, CMS is developing the underlying infrastructure so that the reporting of these measures on existing physician claims could begin as soon as January 1, 2006.*

### Data Collection through the Administrative Claims System

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

Cont. on next page

## Políticas de Pago

de salud pueden facilitar grandemente el proceso de someter información clínica, al presente no proveen un método amplio para que los médicos puedan someter la misma.

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

### Códigos de Calidad “G”

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

CMS tiene actualmente 36 grupos de medidas de especialidad. En los próximos ciclos de pago se desarrollarán medidas adicionales para cubrir un grupo más amplio de especialidades. Cada medida tiene un numerador definido (el “G-Code” apropiado) y un denominador (específicamente definido de acuerdo a los servicios o condición apropiados). La tasa de información sometida (“*reporting rate*”) se calcula como un porcentaje para cada una de las 36 medidas.

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

- El código “G” sometido en la reclamación se relaciona con diagnósticos cubiertos, tratamiento cubierto, o servicios preventivos cubiertos que aplican al beneficiario,
- El código “G” está directamente relacionado a los servicios específicos brindados al beneficiario por el profesional de la salud que se indica en la reclamación.

## Billing Policies

*while electronic health records may ultimately greatly facilitate clinical data reporting, they do not, at present, provide a widespread means for physicians to report clinical data.*

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

### G-Codes

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

*CMS currently has 36 sets of specialty measures. Additional measures to cover a broader set of specialties will be developed over the next few payment cycles. Each measure has a defined numerator (the appropriate G-code) and a denominator (specifically defined according to the appropriate services or condition). The reporting rate is calculated as a percentage for each of the 36 measures.*

*You can use G-codes when all of the following circumstances are met:*

- *The G-code reported on the claim relates to a covered diagnosis, covered treatment(s), or covered preventive service(s) that are applicable to the beneficiary.*
- *The G-code is directly relevant to the specific service(s) provided to the beneficiary by the practitioner reported on the claim.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- El código "G" representa prácticas médicas necesarias y apropiadas bajo las circunstancias.
- El fundamento para el uso del código "G" se documenta en el expediente médico del beneficiario.

### Puntos Importantes Para los Médicos

- Si aplica, el código "G" debe someterse **además de** los códigos CPT y ICD-9 requeridos para la codificación apropiada de reclamaciones.
- Los códigos "G" no sustituyen los requisitos de pago de los códigos CPT y ICD-9.
- Los códigos "G" no están relacionados a una tarifa separada y **no serán** compensados individualmente.
- Los códigos "G" siempre se facturan conjuntamente con un servicio; nunca se facturan independientemente.
- Los códigos "G" deben indicarse en la reclamación con un cargo sometido de cero (\$0.00). Los códigos "G" no aparecerán en la base de datos de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFSDB por sus siglas en inglés) debido a que no existen unidades de valor relativo (RVUs por sus siglas en inglés) o cantidades para tales códigos.
- **Estos códigos no son específicos por especialidad.** Por tanto, una especialidad médica puede someter códigos "G" clasificados bajo otras especialidades. Sin embargo, se anticipa que el someter ciertos códigos "G", predominarán en ciertas especialidades.
- Dejar de proveer un código "G" no resultará en la denegación de una reclamación que, de otra manera, se hubiera aprobada; por tanto, el incluir **los códigos "G" es voluntaria.**

## Billing Policies

- *The G-code represents medically necessary and appropriate medical practice under the circumstances.*
- *The basis for the G-code is documented in the beneficiary medical record.*

### Important Points for Physicians

- *When applicable, the G-code should be reported **in addition to** CPT and ICD-9 codes required for appropriate claims coding.*
- *They do **not** substitute for CPT and ICD-9 codes requirements for payment.*
- *They are not associated with a separate fee, and will **not** be individually compensated.*
- *G-codes are always billed in conjunction with a service and are never billed independently.*
- *The G-codes should be reported with a submitted charge of zero (\$0.00). (Gcodes will not appear on the Medicare Physician Fee Schedule Data Base (MPFSDB) because there are no relative value units (RVUs) or amounts for these codes.)*
- ***They are not specialty specific.** Therefore, a medical specialty may report G-codes classified under other specialties. However, it is anticipated that the reporting of certain G-codes will be predominated by certain specialties.*
- *The failure to provide a G-code will **not** result in denial of a claim that would otherwise be approved, and thus **submission of a G-code is voluntary.***

## Políticas de Pago

Aún cuando someter los códigos “G” es voluntario, CMS invita a los médicos a que los sometan siempre que sea aplicable. El objetivo del PVRP es brindar datos a CMS que se pueda utilizar en el cálculo de medidas de calidad. Por tanto, CMS calculará la tasa de información sometida por los médicos que participan en el programa y les proveerá retroalimentación. Esto forma parte de un esfuerzo para ayudarles a mejorar la exactitud de la data sometida y la tasa de someter data.

### Información Adicional

Las medidas específicas de calidad relacionadas a los códigos “G” en este lanzamiento inicial del programa se reflejan en la tabla al final de este artículo.

Puede encontrar más información sobre este programa voluntario y los códigos “G” en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

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

Los apéndices en las próximas páginas acompañan al CR4183, las cuales contienen los códigos “G” específicos y sus respectivos descriptores, según se relacionan a las medidas de calidad desarrolladas (reflejadas en la tabla anterior)

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

## Billing Policies

*Although reporting is voluntary, CMS is encouraging physicians to submit G codes when applicable. The PVRP’s objective is to provide CMS with data that it can use to calculate quality measures. Therefore, CMS will calculate the reporting rate for physicians who participate in the program, and will provide them with feedback information in an effort to assist them in improving their data accuracy and reporting rate.*

### Additional Information

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

*You can find more information about the physician voluntary reporting program and quality G-Codes by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR4183 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

*Appendices accompanying CR4183 contain the specific G-Codes and their descriptors as they relate to the developed quality measures reflected in the above table.*

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

Trans. 31 / CR-4183 / Nov-26-05 / ML-RR-DG

Cont. on next page



## Políticas de Pago

## Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
Aspirin at arrival for acute myocardial infarction	<p><b>G8006:</b> Acute myocardial infarction: patient documented to have received aspirin at arrival</p> <p><b>G8007:</b> Acute myocardial infarction: patient not documented to have received aspirin at arrival</p> <p><b>G8008:</b> Clinician documented that acute myocardial infarction patient was not an eligible candidate to receive aspirin at arrival measure</p>
Beta blocker at time of arrival for acute myocardial infarction	<p><b>G8009:</b> Acute myocardial infarction: patient documented to have received beta-blocker at arrival</p> <p><b>G8010:</b> Acute myocardial infarction: patient not documented to have received beta-blocker at arrival</p> <p><b>G8011:</b> Clinician documented that acute myocardial infarction patient was not an eligible candidate for beta-blocker at arrival measure</p>
Antibiotic administration timing for patient hospitalized for pneumonia	<p><b>G8012:</b> Pneumonia: patient documented to have received antibiotic within 4 hours of presentation</p> <p><b>G8013:</b> Pneumonia: patient not documented to have received antibiotic within 4 hours of presentation</p> <p><b>G8014:</b> Clinician documented that pneumonia patient was not an eligible candidate for antibiotic within 4 hours of presentation measure</p>
Hemoglobin A1c control in patient with Type I or Type II diabetes mellitus	<p><b>G8016:</b> Diabetic patient with most recent hemoglobin A1c level (within the last 6 months) documented as less than or equal to 9%</p> <p><b>G8015:</b> Diabetic patient with most recent hemoglobin A1c level (within the last 6 months) documented as greater than 9%</p> <p><b>G8017:</b> Clinician documented that diabetic patient was not eligible candidate for hemoglobin A1c measure</p> <p><b>G8018:</b> Clinician has not provided care for the diabetic patient for the required time for hemoglobin A1c measure (6 months)</p>
Low-density lipoprotein control in patient with Type I or Type II diabetes mellitus	<p><b>G8020:</b> Diabetic patient with most recent low-density lipoprotein (within the last 12 months) documented as less than 100 mg/dl</p> <p><b>G8019:</b> Diabetic patient with most recent low-density lipoprotein (within the last 12 months) documented as greater than or equal to 100 mg/dl</p> <p><b>G8021:</b> Clinician documented that diabetic patient was not an eligible candidate for low-density lipoprotein measure</p> <p><b>G8022:</b> Clinician has not provided care for the diabetic patient for the required time for low-density lipoprotein measure (12 months)</p>
High blood pressure control in patient with Type I or Type II diabetes mellitus	<p><b>G8024:</b> Diabetic patient with most recent blood pressure (within the last 6 months) documented less than 140 systolic and less than 80 diastolic</p> <p><b>G8023:</b> Diabetic patient with most recent blood pressure (within the last 6 months) documented as equal to or greater than 140 systolic or equal to or greater than 80 mmHg diastolic</p> <p><b>G8025:</b> Clinician documented that the diabetic patient was not an eligible candidate for blood pressure measure</p> <p><b>G8026:</b> Clinician has not provided care for the diabetic patient for the required time for blood measure (within the last 6 months)</p>

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
Angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin-receptor blocker therapy for left ventricular systolic dysfunction	<p><b>G8027:</b> Heart failure patient with left ventricular systolic dysfunction (LVSD) documented to be on either angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin-receptor blocker therapy</p> <p><b>G8028:</b> Heart failure patient with left ventricular systolic dysfunction (LVSD) not documented to be on either angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin-receptor blocker therapy</p> <p><b>G8029:</b> Clinician documented that heart failure patient was not an eligible candidate for either angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin-receptor blocker therapy</p>
Beta-blocker therapy for left ventricular systolic dysfunction	<p><b>G8030:</b> Heart failure patient with left ventricular systolic dysfunction (LVSD) documented to be on beta-blocker therapy</p> <p><b>G8031:</b> Heart failure patient with left ventricular systolic dysfunction (LVSD) not documented to be on beta-blocker therapy</p> <p><b>G8032:</b> Clinician documented that heart failure patient was not an eligible candidate for beta-blocker therapy measure</p>
Beta-blocker therapy for patient with prior myocardial infarction	<p><b>G8033:</b> Prior myocardial infarction – coronary artery disease patient documented to be on beta-blocker therapy</p> <p><b>G8034:</b> Prior myocardial infarction – coronary artery disease patient not documented to be on beta-blocker therapy</p> <p><b>G8035:</b> Clinician documented that prior myocardial infarction – coronary artery disease patient was not an eligible candidate for beta-blocker therapy measure</p>
Antiplatelet therapy for patient with coronary artery disease	<p><b>G8036:</b> Coronary artery disease patient documented to be on antiplatelet therapy</p> <p><b>G8037:</b> Coronary artery disease patient not documented to be on antiplatelet therapy</p> <p><b>G8038:</b> Clinician documented that coronary artery disease patient was not an eligible candidate for antiplatelet therapy measure</p>
Low-density lipoprotein control in patient with coronary artery disease	<p><b>G8040:</b> Coronary artery disease – patient with low-density lipoprotein documented to be less than or equal to 100mg/dl</p> <p><b>G8039:</b> Coronary artery disease – patient with low-density lipoprotein documented to be greater than 100mg/</p> <p><b>G8041:</b> Clinician documented that coronary artery disease patient was not an eligible candidate for low-density lipoprotein measure</p> <p><b>G8182:</b> Clinician has not provided care for the cardiac patient for the required time for low-density lipoprotein dl measure (6 months)</p>
Osteoporosis assessment in elderly female patient	<p><b>G8051:</b> Patient (female) documented to have been assessed for osteoporosis</p> <p><b>G8052:</b> Patient (female) not documented to have been assessed for osteoporosis</p> <p><b>G8053:</b> Clinician documented that (female) patient was not an eligible candidate for osteoporosis assessment measure</p>

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
Assessment of elderly patients for falls	<p><b>G8055:</b> Patient documented for the assessment for falls within last 12 months</p> <p><b>G8054:</b> Patient not documented for the assessment for falls within last 12 months</p> <p><b>G8056:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for the falls assessment measure within the last 12 months</p>
Assessment of hearing acuity in elderly patient	<p><b>G8057:</b> Patient documented to have received hearing assessment</p> <p><b>G8058:</b> Patient not documented to have received hearing assessment</p> <p><b>G8059:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for hearing assessment measure</p>
Assessment for urinary incontinence in elderly patients	<p><b>G8060:</b> Patient documented for the assessment of urinary incontinence</p> <p><b>G8061:</b> Patient not documented for the assessment of urinary incontinence</p> <p><b>G8062:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for urinary incontinence assessment measure</p>
Dialysis dose in end stage renal disease patient	<p><b>G8075:</b> End-stage renal disease patient with documented dialysis dose of URR greater than or equal to 65% (or Kt/V greater than or equal to 1.2)</p> <p><b>G8076:</b> End-stage renal disease patient with documented dialysis dose of URR less than 65% (or Kt/V less than 1.2)</p> <p><b>G8077:</b> Clinician documented that end-stage renal disease patient was not an eligible candidate for URR or Kt/V measure</p>
Hematocrit level in end stage renal disease patient	<p><b>G8078:</b> End-stage renal disease patient with documented hematocrit greater than or equal to 33 (or hemoglobin greater than or equal to 11)</p> <p><b>G8079:</b> End-stage renal disease patient with documented hematocrit less than 33 (or hemoglobin less than 11)</p> <p><b>G8080:</b> Clinician documented that end-stage renal disease patient was not an eligible candidate for hematocrit (hemoglobin) measure</p>
Receipt of autogenous arteriovenous fistula in end-stage renal disease patient requiring hemodialysis	<p><b>G8081:</b> End-stage renal disease patient requiring hemodialysis vascular access documented to have received autogenous AV fistula</p> <p><b>G8082:</b> End-stage renal disease patient requiring hemodialysis documented to have received vascular access other than autogenous AV fistula</p>
Warfarin therapy in heart failure patient with atrial fibrillation	<p><b>G8183:</b> Patient with heart failure and atrial fibrillation documented to be on warfarin therapy</p> <p><b>G8184:</b> Clinician documented that patient with heart failure and atrial fibrillation was not an eligible candidate for warfarin therapy measure</p>

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
Smoking cessation intervention in newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease	<p><b>G8093:</b> Newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patient documented to have received smoking cessation intervention, within 3 months of diagnosis</p> <p><b>G8094:</b> Newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patient not documented to have received smoking cessation intervention, within 3 months of diagnosis</p>
Prescription of calcium and vitamin D supplements in osteoporosis	<p><b>G8099:</b> Osteoporosis patient documented to have been prescribed calcium and vitamin D supplements</p> <p><b>G8100:</b> Clinician documented that osteoporosis patient was not an eligible candidate for calcium and vitamin D supplement measure</p>
Antiresorptive therapy and/or parathyroid hormone treatment in newly diagnosed osteoporosis	<p><b>G8103:</b> Newly diagnosed osteoporosis patients documented to have been treated with antiresorptive therapy and/or parathyroid hormone treatment within 3 months of diagnosis</p> <p><b>G8104:</b> Clinician documented that newly diagnosed osteoporosis patient was not an eligible candidate for antiresorptive therapy and/or parathyroid hormone treatment measure within 3 months of diagnosis</p>
Bone mineral density testing and osteoporosis treatment and prevention following osteoporosis associated nontraumatic fracture	<p><b>G8106:</b> Within 6 months of suffering a nontraumatic fracture, female patient 65 years of age or older documented to have undergone bone mineral density testing or to have been prescribed a drug to treat or prevent osteoporosis</p> <p><b>G8107:</b> Clinician documented that female patient 65 years of age or older who suffered a nontraumatic fracture within the last 6 months was not an eligible candidate for measure to test bone mineral density or drug to treat or prevent osteoporosis</p>
Annual assessment of function and pain in symptomatic osteoarthritis	<p><b>G8185:</b> Patients diagnosed with symptomatic osteoarthritis with documented annual assessment of function and pain</p> <p><b>G8186:</b> Clinician documented that symptomatic osteoarthritis patient was not an eligible candidate for annual assessment of function and pain measure</p>
Influenza vaccination	<p><b>G8108:</b> Patient documented to have received influenza vaccination during influenza season</p> <p><b>G8109:</b> Patient not documented to have received influenza vaccination during influenza season</p> <p><b>G8110:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for influenza vaccination measure</p>
Pneumococcal vaccination	<p><b>G8115:</b> Patient documented to have received pneumococcal vaccination</p> <p><b>G8116:</b> Patient not documented to have received pneumococcal vaccination</p> <p><b>G8117:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for pneumococcal vaccination measure</p>
Antidepressant medication during acute phase for patient diagnosed with new episode of major depression	<p><b>G8126:</b> Patient documented as being treated with antidepressant medication during the entire 12 week acute treatment phase</p> <p><b>G8127:</b> Patient not documented as being treated with antidepressant medication during the entire 12 week acute treatment phase</p> <p><b>G8128:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for antidepressant medication during the entire 12 week acute treatment phase measure</p>
Antidepressant medication duration for patient diagnosed with new episode of major depression	<p><b>G8129:</b> Patient documented as being treated with antidepressant medication for at least 6 months continuous treatment phase</p> <p><b>G8130:</b> Patient not documented as being treated with antidepressant medication for at least 6 months continuous treatment phase</p> <p><b>G8131:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for antidepressant medication for continuous treatment phase</p>

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
Antibiotic prophylaxis in surgical patient	<p><b>G8152:</b> Patient documented to have received antibiotic prophylaxis one hour prior to incision time (two hours for vancomycin)</p> <p><b>G8153:</b> Patient not documented to have received antibiotic prophylaxis one hour prior to incision time (two hours for vancomycin)</p> <p><b>G8154:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for antibiotic prophylaxis one hour prior to incision time (two hours for vancomycin) measure</p>
Thromboembolism prophylaxis in surgical patient	<p><b>G8155:</b> Patient with documented receipt of thromboembolism prophylaxis</p> <p><b>G8156:</b> Patient without documented receipt of thromboembolism prophylaxis</p> <p><b>G8157:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for thromboembolism prophylaxis measure</p>
Use of internal mammary artery in coronary artery bypass graft surgery	<p><b>G8158:</b> Patient documented to have received coronary artery bypass graft with use of internal mammary artery</p> <p><b>G8159:</b> Patient documented to have received coronary artery bypass graft without use of internal mammary artery</p> <p><b>G8160:</b> Clinician documented that patient was not an eligible candidate for coronary artery bypass graft with use of internal mammary artery measure</p>
Pre-operative beta blocker for patient with isolated coronary artery bypass graft	<p><b>G8161:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft documented to have received pre-operative beta-blockade</p> <p><b>G8162:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft not documented to have received pre-operative beta-blockade</p> <p><b>G8163:</b> Clinician documented that patient with isolated coronary artery bypass graft was not an eligible candidate for pre-operative beta-blockade measure</p>
Prolonged intubation in isolated coronary artery bypass graft surgery	<p><b>G8164:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft documented to have prolonged intubation</p> <p><b>G8165:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft not documented to have prolonged intubation</p>
Surgical re-exploration in coronary artery bypass graft surgery	<p><b>G8166:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft documented to have required surgical re-exploration</p> <p><b>G8167:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft did not require surgical re-exploration</p>
Aspirin or clopidogrel on discharge for patient undergoing isolated coronary artery bypassgraft	<p><b>G8170:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft documented to have been discharged on aspirin or clopidogrel</p> <p><b>G8171:</b> Patient with isolated coronary artery bypass graft not documented to have been discharged on aspirin or clopidogrel</p> <p><b>G8172:</b> Clinician documented that patient with isolated coronary artery bypass graft was not an eligible candidate for antiplatelet therapy at discharge measure</p>

## Políticas de Pago

### MMA - MATERIAL DE CONTRASTE DE BAJA OSMOLARIDAD (LOCM): CRITERIOS DE PAGO Y NIVELES DE PAGO

#### Proveedores Afectados

Los Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare por concepto del Material de Contraste de Baja Osmolaridad (LOCM por sus siglas en inglés)

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

CMS eliminó los criterios restrictivos (refiérase a la sección “**Trasfondo**”) del pago de servicios LOCM para pacientes ambulatorios, vigente al 1 de enero de 2005. Además, CMS ha establecido nuevos códigos y una nueva metodología de pago para servicios LOCM. La metodología de pago entró en vigor a partir del 4 de abril de 2005.

#### Reemplazo de código HCPCS:

- Utilice los códigos HCPCS Q9945-Q9951, en lugar de los códigos A4644-A4646, respectivamente, cuando le facture a los Contratistas de la Parte B de Medicare por el LOCM.
- Vea la página 2 del artículo MM 3748 de Medlearn Matters para una descripción de estos nuevos códigos HCPCS (refiérase a la sección “**Información Adicional**”).

Verifique que su personal de facturación está enterado de estos cambios para asegurar el pago rápido y preciso de sus reclamaciones por concepto del LOCM.

#### Trasfondo

A partir del 1 de enero de 2005, el pago por el LOCM suministrado como parte de procedimientos de imágenes médicamente necesarias para procedimientos intratecales y en inyecciones intravenosas e intraarteriales, se hará sin importar que cualquiera de las cinco condiciones médicas enumeradas en instrucciones previas estén presentes. Estos criterios restrictivos anteriormente incluían:

- Historial de reacciones adversas previas a material de contraste, con la excepción de una sensación de calor, ardor o un episodio único de náusea o vómitos;

## Billing Policies

### MMA – LOW OSMOLAR CONTRAST MEDIA (LOCM): PAYMENT CRITERIA AND PAYMENT LEVEL

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers who bill Medicare carriers for LOCM*

#### Provider Action Needed

*CMS has eliminated the restrictive criteria (see Background section) for the payment of LOCM for nonhospital patients, effective January 1, 2005. CMS has additionally established new codes and a new payment methodology for LOCM. The payment methodology is effective as of April 4, 2005.*

#### HCPCS code replacement:

- *Use HCPCS codes Q9945 - Q9951 instead of A4644 - A4646, respectively, when billing Medicare carriers for LOCM.*
- *Refer to Medlearn Matters article MM3748, page 2, for a description of these new HCPCS codes (see **Additional Information** section).*

*Be sure billing staff are aware of these changes to ensure prompt and accurate payment of your claims for LOCM.*

#### Background

*Effective January 1, 2005, payment for LOCM furnished as part of medically necessary imaging procedures for intrathecal procedures and in intraarterial and intravenous injections will be made regardless of whether any of the five medical conditions listed in previous instructions are present. These previously restrictive criteria included:*

- *History of previous adverse reaction to contrast material, with the exception of a sensation of heat, flushing, or a single episode of nausea or vomiting*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Historial de asma o alergias;
- Disfunción cardiaca significativa incluyendo descompensación cardiaca reciente o inminente, arritmia severa, angina de pecho inestable, infarto al miocardio reciente e hipertensión pulmonar;
- Debilitamiento generalizado severo
- Anemia Células Falciformes (“Sickle Cell Disease”)

Los Contratistas de la Parte B de Medicare utilizarán el indicador de estatus “E” para los códigos HCPCS Q9945-Q9951. Estos códigos se están actualizando en las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (*Medicare Physician Fee Schedule*) vigente para servicios a partir del 1 de abril de 2005.

A partir del 4 de abril de 2005, el pago de los Contratistas de la Parte B por LOCM estará basado en el precio promedio de venta (ASP por sus siglas en inglés), más el seis por ciento, de acuerdo con el método estándar para determinar precios de medicamentos que establece el *Medicare Modernization Act* (MMA) para otras reclamaciones que no sean ambulatorias hospitalarias. Para servicios durante el período del 1ro. de enero de 2005 al 3 de abril de 2005, inclusive, se pagará de acuerdo con el pago establecido para el año calendario 2004.

### Información Adicional

Los archivos de precios de medicamentos para la Parte B de Medicare están disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/default.asp>

El artículo MM 3748 está disponible en siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3748.pdf>. Para ver la instrucción oficial (CR 3902) emitida a su contratista en relación a este cambio, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). Desde esa página Web, busque el CR 3902 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

## Billing Policies

- *History of asthma or allergy*
- *Significant cardiac dysfunction including recent or imminent cardiac decompensation, severe arrhythmia, unstable angina pectoris, recent myocardial infarction, and pulmonary hypertension*
- *Generalized severe debilitation*
- *Sickle cell disease*

*Medicare carriers will use status indicator “E” for HCPCS codes Q9945-Q9951 and these codes are being updated on the Medicare Physician Fee Schedule effective for services on or after April 1, 2005.*

*Effective April 4, 2005, payment by carriers for LOCM is based on the average sales price (ASP) plus six percent, in accordance with the standard method for drug pricing established by the Medicare Modernization Act (MMA) for other than hospital outpatient claims. For services during the period of January 1, 2005 to April 3, 2005, inclusive, payment is made in accordance with the established payment for calendar year 2004.*

### Additional Information

*Medicare Part B drug pricing files are available at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/default.asp> on the CMS web site.*

*Medlearn Matters article MM3748 is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3748.pdf>. The official instruction (CR3902) issued to your carrier regarding this change can be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). From that web site, look for CR3902 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Pub. July-29-2005 /Trans. 627 / CR-3902 / Nov-17-05 / ML/RR

## Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

### NUEVO MODIFICADOR PARA ÁREAS DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 29 DE JULIO DE 2005 PARA HACER ACLARACIONES ADICIONALES SOBRE CUÁNDO SE REQUIERE EL USO DE UN MODIFICADOR PARA ÁREAS DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD (HPSA POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).

#### Proveedores Afectados

Médicos y Hospitales de Acceso Crítico (los cuales deben estar localizados en un HPSA) que proveen servicios en áreas de escasez de profesionales de la salud y que facturan por sus servicios a los Contratistas e Intermediarios de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006, un nuevo modificador, **AQ**, reemplaza a los dos (2) modificadores existentes, **QB** y **QU**, para servicios médicos provistos en los HPSAs.

Asegúrese de utilizar el modificador "**AQ**" correcto en todas las reclamaciones por concepto de servicios HPSA para las fechas a partir del 1 de enero de 2006, donde se requiere un modificador HPSA. Ya no habrá distinción entre los médicos que proveen un servicio HPSA en un área rural (**QB**) y médicos que proveen servicios en un HPSA urbano (**QU**).

Refiérase a las secciones de *Trasfondo e Información Adicional* de este artículo para más detalles sobre esta actualización al Medicare Modernization Act (MMA).

#### Trasfondo

Los dos modificadores, **QB** y **QU**, que se utilizan actualmente en reclamaciones que cualifican para el pago de bonificaciones HPSA, serán eliminados el 1 de enero de 2006. **El nuevo modificador creado para HPSA es el AQ.** Para las reclamaciones con fecha de servicio anterior al 1 de enero de 2006, se debe continuar usando los modificadores **QB** y **QU**. Por tanto, para servicios brindados en área de códigos postales:

1. que no se encuentran completamente en un condado designado como HPSA;

## Health Professional Shortage Area (HPSA)

### NEW HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) MODIFIER

*NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JULY 29, 2005, TO PROVIDE FURTHER CLARIFICATION ON WHEN A HPSA MODIFIER IS REQUIRED.*

#### Provider Types Affected

*Physicians and critical access hospitals (which must be located in an HPSA) that provide services in health professional shortage areas and bill Medicare carriers and intermediaries for those services*

#### Provider Action Needed

*For dates of service on or after January 1, 2006, a new modifier, **AQ**, replaces the two existing modifiers, **QB** and **QU**, for physician services provided in HPSAs.*

*Make certain that all HPSA services claims filed for dates of service on or after January 1, 2006 and where a HPSA modifier is required, use the correct **AQ** modifier. There will no longer be a distinction between physicians providing HPSA services in a rural area (**QB**) and physicians providing services in an urban HPSA (**QU**).*

*See the Background and Additional Information sections of this article for further details regarding this Medicare Modernization Act (MMA) update.*

#### Background

*The two modifiers, **QB** and **QU**, currently used on claims qualifying for the HPSA bonus payments, will be deleted on January 1, 2006 and **one new modifier, **AQ**, created, for HPSA.** Claims with dates of service prior to January 1, 2006 must continue to use the current modifiers **QB** and **QU**. Thus, for services rendered in zip code areas:*

1. *that do not fall within a designated full county HPSA;*

Cont. on next page



## Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

- que no se consideran estar completamente en un condado basado en una determinación de dominancia que establece el Servicio Postal de Estados Unidos; o
- que se encuentran parcialmente en un HPSA que no incluye a un condado completo, el médico u Hospital de Acceso Crítico (CAH por sus siglas en inglés) debe todavía someter un modificador QB o QU para que pueda recibir pago **por reclamaciones con fechas de servicio anteriores al 1 de enero de 2006.**

NOTA: PARA RECLAMACIONES SIMILARES CON FECHAS DE SERVICIO A PARTIR DEL 1RO. DE ENERO DE 2006, DEBERÁ SOMETER EL MODIFICADOR AQ, "MÉDICOS QUE PROVEEN UN SERVICIO EN ÁREA DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD" (HPSA).

### Implementación

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

### Información Adicional

Como parte de las instrucciones oficiales emitidas por CMS, encontrará instrucciones detalladas sobre servicios elegibles para HPSA y el pago de bonificaciones por escasez de médicos (PSA por sus siglas en inglés), pagos por incentivos HPSA para servicios provistos en hospitales de acceso crítico (CAH), como también designaciones e informaciones HPSA sobre códigos postales.

Para ver la instrucción oficial emitida a su contratista o intermediario en relación a este cambio, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Desde esa página Web, busque el CR 3781 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR. Puede encontrar información adicional sobre bonificaciones HPSA y bonificaciones en áreas de escasez de médicos en el sitio Web de CMS. La Guía para la Utilización de la Página Web de HPSA/PSA puede encontrarse en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/providers/bonuspayment/guide.pdf>

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

## Health Professional Shortage Area (HPSA)

- are not considered to fall within the county based on a determination of dominance made by the United States Postal Service; or
- are partially within a non-full county HPSA, the physician or CAH must still submit a QB or QU modifier to receive payment **for claims with dates of service prior to January 1, 2006.**

NOTE: EFFECTIVE FOR SIMILAR CLAIMS WITH DATES OF SERVICE ON OR AFTER JANUARY 1, 2006, THE MODIFIER AQ, "PHYSICIAN PROVIDING A SERVICE IN A HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA)," MUST BE SUBMITTED.

### Implementation

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

### Additional Information

Within the official instructions issued by CMS are detailed instructions regarding services eligible for HPSA and physician scarcity bonus payments, HPSA incentive payments for services rendered in a critical access hospital (CAH), as well as HPSA designations and information regarding zip codes. The official instruction issued to your carrier and intermediary regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR3935 in the CR NUM column on the right, and click on the file for the desired CR. For additional information relating to this issue, please refer to your carrier/intermediary. To find their toll free phone numbers go to: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/tollnums.asp>. Additional information on the HPSA bonus and the physician scarcity area bonus is on the CMS web site. The Guide for Using the HPSA/PSA Web Page can be viewed by going to: <http://www.cms.hhs.gov/providers/bonuspayment/guide.pdf>.

For additional information, please call us at 1-877-715-1921.

(Revised) /Trans. 608 / CR-3935 / Nov-17-05 / ML/RR

## Medicamentos

### PRECIOS DE VENTA PROMEDIO (ASP) PARA EL TRIMESTRE DE OCTUBRE DE 2005 DEL ARCHIVO DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS PARA LA PARTE B DE MEDICARE VIGENTES EL 1 DE OCTUBRE DE 2005 Y REVISIONES ASP AL ARCHIVO TRIMESTRAL DE PRECIOS PARA LA PARTE B DE MEDICARE DE ABRIL Y JULIO DE 2005

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2005, PARA REFLEJAR QUE TRES TRIMESTRES DE ARCHIVOS ESTUVIERON DISPONIBLES EN LOS TRIMESTRES ESPECIFICADOS PARA LAS FECHAS DE VIGENCIA MENCIONADAS ARRIBA.

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare que facturan a los Contratistas de Medicare: Contratistas de la Parte B, incluyendo Contratistas Regionales 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 por Parte del Proveedor

El CR3992 provee los límites de pago permitidos en los archivos de precios de abril 2005, julio 2005, y octubre 2005. Los límites de pago revisados para los códigos incluidos en este artículo prevalecen sobre los límites de pago para estos códigos en cualquier publicación publicada previo a este documento.

Debe estar enterado de que ciertos límites de pagos de medicamentos para la Parte B de Medicare fueron revisados para las fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2005; en o antes del 30 de junio de 2005; en o antes del 1 de julio de 2005, y en o antes del 30 de septiembre de 2005.

## Drugs

### OCTOBER 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2005, AND REVISIONS TO APRIL 2005 AND JULY 2005 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON SEPTEMBER 19, 2005, TO REFLECT THAT THREE QUARTERS OF UPDATED FILES WERE MADE AVAILABLE FOR THE QUARTERS SPECIFIED FOR THE EFFECTIVE DATES SHOWN ABOVE.

#### Provider Types Affected

*All Medicare providers who bill Medicare contractors: carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), Fiscal Intermediaries (FIs), and Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)*

#### Provider Action Needed

*CR3992 provides the payment allowance limits in the April 2005, July 2005, and October 2005 drug pricing files. The revised payment limits for the codes listed in this article supersede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document.*

*Be aware that certain Medicare Part B drug payment limits were revised for dates of service on or after April 1, 2005; on or before June 30, 2005; on or after July 1, 2005, and on or before September 30, 2005.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina esté informado de estos cambios. Los archivos de precios de medicamentos ASP para abril de 2005, julio de 2005 y octubre de 2005 están disponibles desde el 19 de septiembre de 2005. Vea la sección *Información Adicional* en este artículo para obtener la dirección del sitio Web.

### Trasfondo

De acuerdo a la Sección 303 (c) del *Medicare Modernization Act* (MMA), los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los pagos permitidos para medicamentos de la Parte B de Medicare trimestralmente. A partir del 1ro. de enero de 2005, los medicamentos de la Parte B, que no se pagan a base de la metodología de pago de costo o la metodología de pago prospectivo, se pagarán a base del 106 por ciento del Precio de Venta Promedio (ASP por sus siglas en inglés).

El ASP se calcula utilizando datos sometidos a CMS por manufactureros trimestralmente. Cada trimestre, CMS actualizará los límites permitidos de pago de su Contratista o FI en los archivos ASP.

### Excepciones

Existen, sin embargo, excepciones a la regla general, las cuales están resumidas en el MM3846 vigente el 1ro. de abril de 2005. Puede acceder este artículo en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3846.pdf>.

La **única nueva excepción** enumerada en este CR establece que los límites permitidos de pago para radio fármacos no están sujetos a ASP. Los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, DMERCs, FIs y RHHIs) determinarán los límites de pago para los radio fármacos basado en los precios de sus facturas o en la metodología vigente para noviembre de 2003.

### Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de octubre de 2005.

## Drugs

*Make certain your billing staff is aware of these changes. The downloads for the April 2005, July 2005, and October 2005 ASP drug pricing files are available after September 19, 2005. See the Additional Information section in this article for the web site address.*

### Background

*According to Section 303 (c) of the Medicare Modernization Act (MMA), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will update the payment allowances for Medicare Part B drugs on a quarterly basis. Beginning January 1, 2005, Part B drugs (that are not paid on a cost or prospective payment basis) are paid based on 106 percent of the ASP.*

*The ASP is calculated using data submitted to CMS by manufacturers on a quarterly basis. Each quarter, CMS will update your carrier/FI payment allowance limits with the ASP files.*

### Exceptions

*There are, however, exceptions to the general rule and they were summarized in MM3846 effective April 1, 2005. This article may be found at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3846.pdf> on the CMS web site.*

*The **one new exception** listed in this CR states that the payment allowance limits for radiopharmaceuticals are not subject to ASP. Medicare contractors (carriers, DMERCs, FIs, and RHHIs) will determine payment limits for radiopharmaceuticals based on invoice pricing or the methodology in place in November 2003.*

### Implementation

*The implementation date for the instruction is October 3, 2005.*

Cont. on next page

## Medicamentos

### Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

CMS también actualizará los archivos de Microsoft Excel que se encuentran en el sitio Web de CMS para reflejar estos límites de pago revisados

Esos archivos se encuentran en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/asp.asp>.

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

## Drugs

### Additional Information

*The official instruction issued to your Medicare contractor regarding this change may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site. From that web page, look for CR3992 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.*

*CMS will also update the Microsoft Excel files on the CMS web site to reflect these revised payment limits.*

*Those files are at <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/asp.asp> on the CMS web site.*

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

Pub. 08-19-05 (Revised)/Trans. 653/CR-3992/Nov-22-05 ML-RR

## Aviso de Remesa

### CMS PUBLICA NUEVAS GUÍAS EDUCATIVAS SOBRE NOTIFICACIÓN DE AVISO DE REMESA (RA)

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores, suplidores de Medicare así como el personal encargado de someter reclamaciones a Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Cuidado en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), Contratistas y Contratistas de Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo de Edición Especial describe la publicación de una guía educativa nacional para proveedores de Medicare basada en servicios "Fee-For-Service" para médicos, suplidores y su personal encargado de facturación que deseen hacer uso de esta guía para aumentar su entendimiento del Aviso de Remesa (RA). La Guía esta disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA\\_Guide\\_05-27-05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf)

#### Trasfondo

El sistema de pago "Fee-For-Service" (FFS por sus siglas en inglés) de Medicare sirve a muchos de los 40 millones de beneficiarios suscritos al programa de Medicare. Bajo este programa, más de 1 billón de reclamaciones se someten anualmente para reembolso de servicios de cuidado de salud. Estas reclamaciones son procesadas por contratistas, FIs, RHHIs, aseguradoras, Contratistas de la Parte B y DMERCs de Medicare. Estos contratistas de Medicare utilizan el Aviso de Remesa (RA) estándar como el medio de comunicar a los proveedores sobre decisiones relacionadas a pagos, ajustes, denegaciones en el procesamiento de reclamaciones, **así como información no incluida o incorrecta en las reclamaciones recibidas, las cuales tienen que ser sometidas o corregidas antes de poder alcanzar una decisión de pago respecto a tal reclamación.**

## Remittance Advice

### CMS RELEASES NEW EDUCATIONAL GUIDE ON REMITTANCE ADVICE (RA) NOTICES

#### Provider Types Affected

*All Medicare physicians, providers, suppliers, and their billing staff who submit claims to Medicare Fiscal Intermediaries (FIs), Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), Carriers, and Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)*

#### Provider Action Needed

*This special edition article describes the release of a national educational guide for Medicare-Fee-For-Service (FFS) providers, physicians, suppliers and their billing staff who may wish to use the guide to help increase their understanding of the Remittance Advice (RA). The Guide is available at [http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA\\_Guide\\_05-27-05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf) on the CMS website.*

#### Background

*The Medicare FFS program serves many of the more than 40 million Medicare beneficiaries enrolled in the Medicare Program. Under this program, more than 1 billion claims are submitted annually for reimbursement of health care services. The claims are processed by Medicare contractors, FIs, RHHIs, Carriers, and DMERCs. These Medicare contractors use the standard Remittance Advice (RA) as their means to communicate to providers claim processing decisions regarding payments, adjustments, and denials, **as well as data that was missing or incorrect on the incoming claims which need to be submitted or corrected before a payment decision can be made on a claim.***

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

Todos los días, contratistas FFS de Medicare envían miles de Avisos de Remesa (RA) a los proveedores. Cada uno de estos avisos (RAs) provee información que podría impactar la relación de negocios del proveedor con Medicare. CMS desea asegurarse de que los proveedores entienden cómo leer e interpretar los avisos de remesa (RA); por tanto, CMS ha desarrollado, y se place en anunciar, la publicación de la guía titulada: **“Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physician, Suppliers and Billers”** esto es, **“Entendiendo el Aviso de Remesa: Una Guía para Proveedores, Médicos Suplidores y Personal que Factura a Medicare”**. Esta Guía Educativa contiene información útil diseñada para utilizarse como herramienta de auto ayuda.

La Guía le brinda al usuario los siguientes beneficios:

- Fácil acceso a información general sobre RAs sin la intervención directa de personal de ayuda de Medicare (Personal de Servicio al Cliente), lo cual le ahorrará tiempo valioso.
- Mayor capacidad de entender e interpretar las razones por las cuales surgen ajustes y denegaciones en las reclamaciones.
- Reducción en el número de reclamaciones resometidas por causa de errores.
- Acción rápida de seguimiento, lo cual resulta en pagos mas rápidos.
- Una herramienta de adiestramiento útil para su equipo de trabajo o un curso repaso para el personal experimentado.

La Guía se compone de cuatro capítulos, cada uno resaltando un aspecto específico del RA; una lista de acrónimos, un glosario, enlaces en la Internet y números de teléfono, así como tres abarcadores índices: 1) para términos y conceptos clave; 2) para ERA Institucional y Descripciones de Campo SPR; 3) Descripciones de Campo SPR Profesional.

Cada capítulo y/o sección de esta Guía puede imprimirse de acuerdo a las necesidades específicas de cada proveedor.

**Imprima Aquello Que Se Ajuste A Sus Necesidades:**

## Remittance Advice

*Every day Medicare FFS contractors send thousands of RAs to providers. Each of these RAs conveys information that may impact the provider's Medicare business. CMS wants to be certain that providers understand how to read and interpret the RA; therefore, CMS has developed and is pleased to announce the release of **Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physician, Suppliers and Billers**. This educational guide has useful information that is designed to be used as a self-help tool.*

*The Guide offers the user the following benefits:*

- *Easy access to general information about RAs without direct personal assistance from Medicare contractor customer service staff, thus saving valuable time*
- *Increased ability to understand and interpret the reasons for claim denials and claim adjustments*
- *Reduction in the resubmission of claims due to errors*
- *Rapid follow-up action, resulting in quicker payment*
- *A useful tool for training new staff or a refresher for experienced staff*

*The Guide is comprised of four chapters each highlighting a specific aspect of the RA, an acronym list, a glossary, important websites and phone numbers, and three comprehensive indices: 1) for key terms and concepts; 2) for institutional ERA and SPR field descriptions; 3) professional SPR field descriptions.*

*Each chapter and/or section of the Guide can be printed according to the provider's specific needs.*

**Print What Fits Your Needs:**

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

- **Capítulos 1 y 2** describen lo que es un **Aviso de Remesa (RA)** y sus componentes
- **Capítulo 3** se dirige específicamente a proveedores institucionales, por ejemplo, aquellos que someten reclamaciones a FIs y RHHs, e incluye una muestra del ERA (**Electronic Remittance Advice**) y del SPR (**Standard Paper Remittance Advice**) con descripciones para cada campo.
- **Capítulo 4** se dirige principalmente a proveedores que someten reclamaciones a Contratistas y DMERCs e incluye una correlación entre los campos del formato ERA y SPR, así como una muestra del SPR con descripciones de los campos, específicamente para proveedores profesionales.
- **Referencia A: Acrónimos**; una herramienta útil que contiene acrónimos utilizados a través de la Guía.
- **Referencia B: Glosario**, una lista que contiene términos utilizados a través de la Guía
- **Referencia C: Enlaces en la Internet y Teléfonos**; una lista de referencias disponibles en la Internet y números de teléfono para ayudarle en el proceso de someter reclamaciones a Medicare e identificar razones para denegaciones o rechazo en las reclamaciones.
- **Referencia D: Recursos**, una lista de los recursos que fueron utilizados para crear la Guía y dónde encontrarlos en el sitio Web de CMS.

### Información Adicional

Copias impresas de la Guía estarán disponibles a finales del verano 2005. Mientras las copias impresas están disponibles, puede obtener la Guía titulada "**Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physician, Suppliers and Billers**" en formato electrónico visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA\\_Guide\\_05-27-05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf)

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

## Remittance Advice

- **Chapters 1 and 2** describe a RA and its components
- **Chapter 3** specifically targets institutional providers i.e., those who submit claims to FIs and RHHs. and includes a sample Electronic Remittance Advice (ERA) and Standard Paper Remittance Advice (SPR) with field descriptions.
- **Chapter 4** targets providers that submit claims to Carriers and DMERCs and includes a crosswalk between ERA and SPR fields and a sample SPR with field descriptions, specifically for professional providers. At the end of Chapters 3 and 4, providers can find information on remittance balancing.
- **Reference A: Acronyms**, a handy tool that contains acronyms used throughout the Guide
- **Reference B: Glossary**, a list that contains terms used throughout this Guide
- **Reference C: Websites and Phone Numbers**, a list of web page references and address and phone number references that assist with submitting Medicare claims and troubleshooting denials and claim rejections
- **Reference D: Resources**, a list of the resources that were used to compile the Guide and where to find them on the CMS website.

### Additional Information

*Print Copies of the Guide will be available late summer of 2005. Until print copies are available Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physician, Suppliers and Billers can be accessed electronically at [http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA\\_Guide\\_05-27-05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf) on the CMS website.*

Pub. SE0540 / Rev ML / 12-15-05

Cont. on next page

## Reclamaciones

### MODIFICADOR NACIONAL Y CÓDIGO DE CONDICIÓN A UTILIZARSE PARA IDENTIFICAR RECLAMACIONES RELACIONADAS A DESASTRES

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 14 DE OCTUBRE DE 2005 PARA ACLARAR QUE EL CR 4106 SE RELACIONA A BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y TAMBIÉN SE RELACIONA A EL HURACÁN RITA. ADEMÁS, SE MODIFICARON LA FECHA DE PUBLICACIÓN DEL CR Y EL NÚMERO DE TRANSMISIÓN.

#### Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, incluso Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), así como Intermediarios Regionales de Cuidado en el Hogar (RHHs por sus siglas en inglés)) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare afectados por los huracanes Katrina y Rita.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo conforme a la Petición de Cambio 4106, I establece un nuevo código de condición y modificador para ser utilizado por los proveedores al someter reclamaciones por servicios brindados a víctimas de los huracanes Katrina y Rita, así como de otros desastres.

Para suplir a las necesidades de salud de los beneficiarios y proveedores de Medicare afectados por los huracanes Katrina y Rita, o cualquier desastre futuro, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han creado un nuevo código de condición y modificador que será vigente para servicios prestados a partir del 21 de agosto de 2005. Este nuevo código de condición es "**DR**" ("**Disaster Related**", o sea, "**relacionado a un desastre**"). El nuevo modificador es "**CR**" ("**Catastrophe/Disaster Related**", o sea, "**relacionado a un desastre o catástrofe**").

## Claims

### NATIONAL MODIFIER AND CONDITION CODE TO BE USED TO IDENTIFY DISASTER-RELATED CLAIMS

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON OCTOBER 14, 2005, TO CLARIFY THAT CR4106 RELATED TO MEDICARE BENEFICIARIES AND IT ALSO RELATES TO HURRICANE RITA. IN ADDITION, THE CR RELEASE DATE AND TRANSMITTAL NUMBER (SEE ABOVE) WERE MODIFIED.

#### Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare contractors (carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and/or fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs)) for services rendered to beneficiaries affected by Hurricanes Katrina and Rita.

#### Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4106, which establishes a new condition code and modifier for providers to use to indicate claims for victims of Hurricanes Katrina and Rita and other disasters.

#### What You Need to Know

To accommodate the emergency health care needs of Medicare beneficiaries and providers affected by Hurricanes Katrina and Rita and any future disasters, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has created the following new condition code and modifier, effective for dates of service on and after August 21, 2005. The new condition code is "**DR (Disaster Related)**" and the new modifier is "**CR (Catastrophe/Disaster Related)**."

Cont. on next page



## Reclamaciones

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

### Trasfondo

CMS ha actuado para asegurar que el Programa de Medicare será lo suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades de cuidado de salud de los beneficiarios y los proveedores médicos en los estados devastados por los huracanes Katrina y Rita. Muchos de los procedimientos de operación normal del programa se han dispensado para acelerar la prestación de servicios de cuidado de salud a los ancianos y personas con discapacidades, quienes dependen de los servicios de Medicare.

Debido a los daños causados por los huracanes a instalaciones locales de cuidado de salud, muchos beneficiarios de Medicare fueron desalojados hacia estados vecinos donde los hospitales y hogares de convalecencia que los reciben no tienen acceso a la siguiente información de los pacientes:

- Récord de servicios de salud
- Condición de salud actual, o
- Verificación del estatus de los beneficiarios de Medicare.

**NOTA: CMS LE ESTÁ ASEGURANDO A LAS INSTALACIONES Y PROVEEDORES MÉDICOS QUE RECIBEN A BENEFICIARIOS DE MEDICARE AFECTADOS POR LOS HURACANES KATRINA Y RITA QUE LOS REQUERIMIENTOS NORMALES DE DOCUMENTACIÓN SERÁN OBIADOS Y QUE DEBEN HACER UNA PRESUNCIÓN POSITIVA DE ELEGIBILIDAD.**

Los proveedores de salud que brindan servicios médicos de buena fe y que no puedan cumplir con los requerimientos normales del programa debido a los huracanes Katrina y Rita, obtendrán:

- Pago por los servicios brindados; y
- Exención de sanciones por incumplimiento (a menos que se descubra que se trata de un caso de fraude o abuso).

### Nuevo Código de Condición y Modificador

Para facilitar el procesamiento de reclamaciones de Medicare y mantener un registro de los servicios prestados y artículos provistos a víctimas de los huracanes Katrina y Rita, así como cualquier

## Claims

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

### Background

*CMS has acted to ensure that the Medicare program will be flexible enough to accommodate the emergency health care needs of beneficiaries and medical providers in the states devastated by Hurricanes Katrina and Rita. Many of the programs' normal operating procedures have been relaxed to speed the provision of health care services to the elderly and persons with disabilities who depend on Medicare services.*

*Because of hurricane damage to local health care facilities, many Medicare beneficiaries have been evacuated to neighboring states where receiving hospitals and nursing homes have no access to patients':*

- Health care records;
- Current health status; or
- Verification of status as Medicare beneficiaries.

**NOTE: CMS IS ASSURING FACILITIES AND MEDICAL PROVIDERS RECEIVING MEDICARE BENEFICIARIES AFFECTED BY HURRICANES KATRINA AND RITA THAT HE NORMAL REQUIREMENTS FOR DOCUMENTATION WILL BE WAIVED AND THE PRESUMPTION OF ELIGIBILITY SHOULD BE MADE.**

*Health care providers that furnish medical services in good faith but who cannot comply with normal program requirements because of Hurricanes Katrina and Rita will be:*

- Paid for services provided; and
- Exempt from sanctions for noncompliance (unless it is discovered that fraud or abuse occurred).

### New Condition Code and Modifier

*To facilitate Medicare claims processing and track services and items provided to victims of Hurricanes Katrina and Rita and any future disasters, CMS has established a new condition code and modifier for providers to use on*

Cont. on next page

## Reclamaciones

desastre futuro, CMS ha establecido un nuevo código de condición y modificador para que los proveedores lo usen en reclamaciones relacionadas a desastres. Este nuevo código de condición y modificador serán utilizados por aquellos proveedores que someten reclamaciones por concepto de servicios brindados a beneficiarios de Medicare que han sido víctimas de los huracanes Katrina y/o Rita en cualquier parte de la nación. Estos serán vigentes para fechas de servicio a partir del 21 de agosto de 2005. Lo que sigue es aplicable para utilizarse en reclamaciones relacionadas a desastres:

- El nuevo código de condición es “**DR**” (**Disaster Related**)
- El nuevo modificador es “**CR**” (**Catastrophe/ Disaster Related**)

Médicos o suplidores que facturan a sus contratistas locales o DMERCs, sólo utilizarán el modificador “CR” y no el código de condición. El código de condición se utiliza en la facturación sometida por los FIs.

En el caso de facturación institucional, puede informar cualquiera de los dos, el código de condición o el modificador. El código de condición identificará las reclamaciones que son impactadas o pueden ser impactadas por políticas específicas del pagador relacionadas a desastres regionales o nacionales. El modificador debe indicar un servicio específico de la Parte B que podría ser impactado por políticas relacionadas con desastres.

El CR 4106 instruye a los contratistas de Medicare a que reconozcan el nuevo código de condición y modificador a partir del 3 de octubre de 2005, si posible, pero no más tarde del 31 de octubre de 2005.

Además de este artículo de Medlearn Matters, las oficinas regionales de CMS le ayudarán a facilitar el alcance a los contratistas sobre la educación al proveedor en el uso de los nuevos códigos de condición y modificador.

### Implementación

La fecha de implementación establecida es el 3 de octubre de 2005, pero no más tarde del 31 de octubre de 2005.

## Claims

*disaster-related claims. The new condition code and modifier are for use by providers submitting claims for Medicare beneficiaries who are Katrina and Rita disaster patients in any part of the country and are effective for dates of service on and after August 21, 2005. For use on disaster-related claims, the following apply:*

- *The new condition code is **DR - Disaster Related**.*
- *The new modifier is **CR - Catastrophe/ Disaster Related**.*

*For physicians or suppliers billing their local carrier or DMERC, only the modifier (CR) should be reported and not the condition code. A condition code is used in FI billing.*

*For institutional billing, either the condition code or modifier may be reported. The condition code would identify claims that are impacted or may be impacted by specific payor policies related to a national or regional disaster. The modifier would indicate a specific Part B service that may be impacted by policy related to the disaster.*

*CR4106 instructs Medicare contractors to recognize the new condition code and modifier on October 3, 2005, if possible, but no later than October 31, 2005.*

*In addition to this Medlearn Matters Article, CMS regional offices will help facilitate contractor outreach regarding provider education on the use of the new modifier and condition code.*

### Implementation

*The targeted implementation date is October 3, 2005, but no later than October 31, 2005.*

Cont. on next page

## Reclamaciones

### Información Adicional

Para información detallada, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista/DMERC/FI respecto a este cambio. Puede acceder la instrucción oficial en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde ese enlace, busque el CR 4106 en la columna de CR NUM al lado derecho, y pulse el archivo para ese CR.

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

## Claims

### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/FI regarding this change. That instruction may be viewed at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.

From that web page, look for CR4106 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Pub. Oct-14-2005 / Trans. 184 / CR-4106 / Nov-15-05 / ML

## REQUERIMIENTOS PARA RECLAMACIONES ANULADAS, CANCELADAS Y ELIMINADAS

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 4 DE OCTUBRE DE 2005 PARA CORREGIR ERRORES. ESPECÍFICAMENTE, SE CORRIGIÓ LA MANERA DE REFERIRSE AL FORMULARIO HCFA 1500. SE HARÁ REFERENCIA AL MISMO COMO FORMULARIO CMS 1500.

### Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare que facturan a los Contratistas de Medicare, los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs), e Intermediarios Fiscales (FIs).

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo de Medlearn Matters se basa en información contenida en la Solicitud de Cambio (CR) 3627, la cual describe nuevos procedimientos de CMS e instrucciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios y DMERCs) para anular, cancelar y eliminar reclamaciones.

Como resultado de estos cambios, los proveedores deben tomar en cuenta que algunas reclamaciones que podían ser eliminadas en el pasado, ya no podrán ser eliminadas de los sistemas de Medicare. Éstas se convertirán en reclamaciones denegadas.

## REQUIREMENTS FOR VOIDED, CANCELED, AND DELETED CLAIMS

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON NOVEMBER 10, 2005, TO CLARIFY LANGUAGE UNDER "ACCEPTABLE CLAIMS DELETIONS". ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

### Provider Types Affected

All Medicare physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs), and fiscal intermediaries (FIs)

### Provider Action Needed

This Medlearn Matters article is based on information contained in Change Request (CR) 3627, which describes new Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) procedures and specific instructions to Medicare contractors (carriers, intermediaries, and DMERCs) for voiding, canceling, and deleting claims.

As a result of these changes, providers should note that some claims they were able to delete in the past will no longer be deleted from Medicare's systems, but will instead become denied claims.

Cont. on next page

## Reclamaciones

### Trasfondo

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés), Oficina del Inspector General (OIG por sus siglas en inglés) ha verificado situaciones en las cuales reclamaciones de Medicare han sido anuladas, canceladas o eliminadas por los contratistas de Medicare, DMERCs y FIs. Mas aún, los contratistas de Medicare tradicionalmente no han mantenido un seguimiento de auditoría para reclamaciones que han sido anuladas, canceladas o eliminadas. La Oficina del Inspector General (OIG) ha establecido que Medicare debe llevar a cabo auditorías sobre reclamaciones anuladas, canceladas y eliminadas del sistema.

Por lo tanto, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están implementando requerimientos a los Contratistas de Medicare (Contratistas/FIs, incluyendo DMERCs e Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar), con el fin de que puedan:

- Denegar o rechazar reclamaciones que no satisfacen los requerimientos de pago CMS por razones inaceptables;
- Cancelar, anular o eliminar reclamaciones no procesables por razones aceptables;
- Devolver facturas no procesables que satisfacen las condiciones que se mencionarán a continuación para la devolución de reclamaciones; y
- Mantener un seguimiento de auditorías para todas las reclamaciones canceladas, anuladas o eliminadas que los sistemas de Medicare han procesado lo suficiente como para asignarle un Número de Control de Reclamación (CCN) o un Número de Control de Documento (DCN).

**Nota:** EL CR 3627 REQUIERE QUE LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE, INTERMEDIARIOS Y DMERCs MANTENGAN UN SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS SOBRE ESTAS RECLAMACIONES UNA VEZ SE LES ASIGNE UN NÚMERO DE CONTROL DE RECLAMACIÓN (CCN) O UN NÚMERO DE CONTROL DE DOCUMENTO (DCN).

## Claims

### Background

*The Department of Health and Human Services (DHHS) Office of the Inspector General (OIG) has verified instances in which Medicare claims have been voided, canceled, or deleted by Medicare carriers, DMERCs, and FIs. Further, the Medicare contractors have not traditionally maintained an audit trail for the voided, canceled, or deleted claims. The OIG has indicated that Medicare must maintain an audit trail for voided, canceled, and deleted claims.*

*CMS is therefore implementing requirements for Medicare contractors (carriers/FIs, including DMERCs and regional home health intermediaries (RHHIs)) to:*

- *Deny or reject claims that do not meet CMS requirements for payment for unacceptable reasons;*
- *Cancel, void, or delete claims that are unprocessable for acceptable reasons;*
- *Return as unprocessable claims that meet conditions mentioned below for the return of unprocessable claims; and*
- *Maintain an audit trail for all canceled, voided, or deleted claims that Medicare systems have processed far enough to have assigned a Claim Control Number (CCN) or Document Control Number (DCN).*

**NOTE:** CR3627 REQUIRES THAT MEDICARE CARRIERS, INTERMEDIARIES, AND DMERCs KEEP AN AUDIT TRAIL ON THESE CLAIMS ONCE A CCN OR DCN HAS BEEN ASSIGNED TO THE CLAIM.

Cont. on next page

## Reclamaciones

### Eliminaciones Aceptables de Reclamaciones

A continuación se enumera una lista de razones aceptables por las cuales un Contratista de Medicare puede cancelar, eliminar o anular una reclamación:

1. No utilizar el Formulario CMS 1500 o el Formulario CMS 1450.
2. Se requiere que el derecho y el revés del Formulario CMS 1500 (12/90) estén en una misma hoja y no se sometieron de dicha forma (reclamaciones sometidas a Contratistas solamente).
3. No se provee un detalle de los cargos; por ejemplo, falta un recibo detallado.
4. Sólo sometieron artículos de seis líneas en cada Formulario de reclamación CMS 1500 (Parte B solamente).
5. Falta la dirección del paciente.
6. Se cometió un error clerical a nivel interno.
7. El Certificado de Necesidad Médica (CMN por sus siglas en inglés) no acompañaba a la factura (Parte B solamente).
8. El Formulario CMN está incompleto o no es válido (Parte B solamente).
9. El nombre del establecimiento comercial no se encuentra en el recibo que incluye el precio del artículo (Parte B solamente).

**Nota:** EL CONTRATISTA DE MEDICARE DEBE MANTENER UN RÉCORD DE AUDITORÍAS PARA TODAS LAS RECLAMACIONES EN LA CATEGORÍA “RAZONES ACEPTABLES PARA ELIMINACIÓN DE RECLAMACIONES” SI SE LE HABÍA ASIGNADO UN NÚMERO CCN O DCN A LA RECLAMACIÓN.

### Eliminaciones No Aceptables de Reclamaciones

Las siguientes son razones no aceptables por las cuales un Contratista de Medicare podrá anular, cancelar, o eliminar reclamaciones:

1. Un proveedor notifica a un contratista de Medicare que la(s) reclamación(es) fueron facturadas por error y le solicita que dicha reclamación sea eliminada (reclamaciones de contratistas solamente).

## Claims

### Acceptable Claims Deletions

*Below is a list of acceptable reasons a Medicare contractor may cancel, delete, or void a claim:*

1. *The current CMS 1500 form or the current CMS 1450 form is not used.*
2. *The front and back of the CMS 1500 (12/90) claim form are required on the same sheet and are not submitted that way (claims submitted to carriers only).*
3. *A breakdown of charges is not provided, i.e., an itemized receipt is missing.*
4. *Only six line items may be submitted on each CMS 1500 claim form (Part B only).*
5. *The patient's address is missing.*
6. *An internal clerical error was made.*
7. *The Certificate of Medical Necessity (CMN) was not with the claim (Part B only).*
8. *The CMN form is incomplete or invalid (Part B only).*
9. *The name of the store is not on the receipt that includes the price of the item (Part B only).*

**NOTE:** THE MEDICARE CONTRACTOR MUST KEEP AN AUDIT TRAIL FOR ALL CLAIMS IN THE ABOVE “ACCEPTABLE CLAIMS DELETIONS” CATEGORY IF A CCN OR A DCN WAS ASSIGNED TO THE CLAIM.

### Unacceptable Claims Deletions

*The following are unacceptable reasons for Medicare contractors to void, cancel, or delete claims:*

1. *A provider notifies the Medicare contractor that claim(s) were billed in error and requests the claim be deleted (carrier claims only).*

Cont. on next page

## Reclamaciones

2. El proveedor entra en el sistema de procesamiento de reclamaciones y elimina una reclamación a través de cualquier otro mecanismo que no sea el de someter una solicitud formal de cancelación (Tipo de Factura xx8). Los proveedores sólo pueden cancelar reclamaciones que no están suspendidas para revisión médica o que no han sido sujetas a revisión médica previa (solamente para reclamaciones de FIs).
3. El nombre del paciente no coincide con el Número de Reclamación de Seguro de Salud (HICN).
4. Una reclamación satisface los criterios para devolución de reclamaciones “no procesables” bajo las instrucciones de reclamaciones no válidas o incompletas que se encuentran en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 1, Sección 80.3.2.ff, el cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp).

Los Contratistas de Medicare deben denegar o rechazar reclamaciones en la categoría mencionada anteriormente (*Eliminaciones No Aceptables de Reclamaciones*).

### Devolución de Facturas No Procesables

Los contratistas de Medicare pueden devolver una factura como no procesable por las siguientes razones:

1. No se utilizaron Códigos de Procedimiento válidos y/o los servicios no fueron descritos (ejemplo: bloque 24D del Formulario CMS1500) (Parte B solamente).
2. El Número HICN del paciente no se indica, está incompleto o no es válido (ejemplo: bloque 1A del Formulario CMS1500).
3. Falta el número de proveedor o el mismo está incompleto.
4. No se identifican los servicios prestados en la reclamación.
5. No se completa el Bloque 11 (número FECA o de póliza de seguro grupal) del Formulario CMS 1500 para indicar si existe un asegurador primario de Medicare. (Parte B solamente).

## Claims

2. *The provider goes into the claims processing system and deletes a claim via any mechanism other than submission of a cancel claim (Type of Bill xx8). Providers may only cancel claims that are not suspended for medical review or have not been subject to previous medical review. (FI claims only)*
3. *The patient's name does not match any Health Insurance Claim Number (HICN).*
4. *A claim meets the criteria to be returned as unprocessable under the incomplete or invalid claims instructions in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 1, Section 80.3.2.ff, which is available at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp) on the CMS web site.*

*Medicare contractors must deny or reject claims in the above “Unacceptable Claims Deletions” category.*

### Return as Unprocessable Claims

*Medicare contractors may return a claim as unprocessable for the following reasons:*

1. *Valid procedure codes were not used and/or services are not described (e.g., block 24D of the CMS 1500) (Part B only).*
2. *The patient's HICN is missing, incomplete, or invalid (e.g., block 1A of the CMS 1500).*
3. *The provider number is missing or incomplete.*
4. *No services are identified on the claim.*
5. *Block 11 (insured policy group or FECA Number) of the CMS 1500 is not completed to indicate whether an insurer primary to Medicare exists (Part B only).*

Cont. on next page

## Reclamaciones

6. Falta la firma del beneficiario (Parte B solamente).
7. Falta el nombre del médico que realiza la orden y/o el UPIN, o el mismo no es válido (bloques 17 y 17A del Formulario CMS 1500).
8. El código del lugar de servicio falta o no es válido (bloque 24B del Formulario CMS 1500 - Parte B solamente).
9. Falta el cargo para cada servicio enumerado (bloque 24F del Formulario CMS 1500).
10. Falta el número de días o unidades de servicio (bloque 24G del Formulario CMS 1500).
11. Falta la firma en el bloque 31 del Formulario CMS 1500 (Parte B solamente).
12. Faltan las fechas de servicio o las mismas están incompletas (bloque 24A del Formulario CMS 1500).
13. El HICN en la reclamación es válido, pero el nombre del paciente no coincide con el nombre de la persona asignado a ese HICN.

### Resumen

En resumen, CMS entiende que:

- Los problemas enumerados bajo el título “*Eliminaciones de Reclamaciones Aceptables*”, son razones válidas para anular, eliminar o cancelar una reclamación si el Contratista de Medicare mantiene un seguimiento auditado; y
- Reclamaciones con problemas enumerados bajo el título “*Eliminaciones No Aceptables de Reclamaciones*” deben ser denegadas o rechazadas por Medicare. La decisión para denegar o rechazar la reclamación debe ser anotada en el archivo histórico del sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare.

Si un contratista de Medicare determina que una reclamación no es procesable antes que ésta entre en el sistema de procesamiento de reclamaciones (ejemplo: el sistema de procesamiento de reclamaciones **no asignó un CCN o DCN** en dicha reclamación):

## Claims

6. *The beneficiary's signature information is missing (Part B only).*
7. *The ordering physician's name and/or UPIN are missing/invalid (blocks 17 and 17A of the CMS 1500).*
8. *The place of service code is missing or invalid (block 24B of the CMS 1500 - Part B only).*
9. *A charge for each listed service is missing (e.g., block 24F of the CMS 1500).*
10. *The days or units are missing (e.g., block 24G of the CMS 1500).*
11. *The signature is missing from block 31 of the CMS 1500 (Part B only).*
12. *Dates of service are missing or incomplete (block 24A of the CMS 1500).*
13. *A valid HICN is on the claim, but the patient's name does not match the name of the person assigned that HICN.*

### Summary

*In summary, CMS believes the following:*

- *The problems listed under the “Acceptable Claims Deletions” heading are valid reasons to void/delete/cancel a claim if the Medicare contractor maintains an audit trail; and*
- *Claims with problems listed under the “Unacceptable Claims Deletions” heading should be denied or rejected by Medicare, and the decision to deny/reject the claim should be recorded in the Medicare contractor's claims processing system history file.*

*If a Medicare contractor determines that a claim is unprocessable before the claim enters that contractor's claims processing system (i.e., the claim processing system **did not assign a CCN or DCN** to the claim):*

Cont. on next page

## Reclamaciones

- La reclamación puede ser denegada; y
- El contratista no tiene que mantener un récord de la reclamación o de la eliminación.

Si un contratista determina que la reclamación no es procesable después que la reclamación ha entrado al sistema de procesamiento de reclamaciones (ejemplo: el sistema de procesamiento de reclamaciones **asignó un CCN o DCN** a la reclamación):

- La reclamación denegada o rechazada no será eliminada totalmente del sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare. El Contratista de Medicare debe mantener un seguimiento auditado de todas las reclamaciones eliminadas entradas en el sistema de procesamiento de reclamaciones (ejemplo: el sistema asignó un CCN o DCN a la reclamación).

### Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de octubre de 2005.

### Información Adicional

Para información detallada, vea la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario en relación a este cambio. Visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Desde esa página, busque el CR3627 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

## Claims

- *The claim may be denied; and*
- *The contractor does not have to keep a record of the claim or the deletion.*

*If a Medicare contractor determines that a claim is unprocessable after the claim enters their claims processing system (i.e., the claim processing system **did assign a CCN or DCN to the claim**):*

- *The denied or rejected claim will not be totally deleted from Medicare's claims processing system. The Medicare contractor must maintain an audit trail for all deleted claims that have entered the claims processing system (i.e., the system assigned a CCN or DCN to the claim).*

### Implementation

*The implementation date for the instruction is October 3, 2005.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR3627 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Pub. June-17-2005 /Trans. 159 / CR-3627 / Nov-17-05 / ML/RR



## Servicios de Terapia

### REVISIONES AL MANUAL DE POLÍTICAS DE BENEFICIOS DE MEDICARE (PUB 100-02), CAPÍTULO 15, SECCIONES 220 Y 230 EN RELACIÓN A SERVICIOS DE TERAPIA

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 25 DE JULIO DE 2005 PARA REFLEJAR LAS PORCIONES DEL CR 3648 QUE SE RELACIONAN CON LAS CALIFICACIONES REQUERIDAS A PROFESIONALES QUE PROVEEN SERVICIOS FACTURADOS DE TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA OCUPACIONAL, INCIDENTAL A LOS SERVICIOS DE UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD. ESTOS REQUERIMIENTOS DEBEN IMPLEMENTARSE INMEDIATAMENTE. LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO NORTE DE TEXAS HA DESESTIMADO LA DEMANDA PRESENTADA POR LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENTRENADORES DE ATLETISMO (NATA POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ESTA DEMANDA RETÓ LOS REQUISITOS DE CALIFICACIONES QUE DEBEN TENER LOS PROFESIONALES QUE PROVEEN SERVICIOS FACTURADOS COMO TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL, QUE SON INCIDENTALES A LOS SERVICIOS DE UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD. LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CMS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), HABÍAN RETRASADO PREVIAMENTE LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTOS REQUERIMIENTOS COMO PARTE DE UN ACUERDO HECHO CON NATA Y QUE FORMA PARTE DE UNA ORDEN DE LA CORTE EMITIDA EL 3 DE JUNIO DE 2005. EL ACUERDO DE RETRASAR LA IMPLEMENTACIÓN HA EXPIRADO Y LA CORTE HA DESESTIMADO EL LITIGIO, POR TANTO CMS ESTÁ IMPLEMENTANDO DE INMEDIATO LOS REQUERIMIENTOS QUE HABÍAN SIDO CUESTIONADOS. TODA OTRA INFORMACIÓN EN EL ARTÍCULO PERMANECE IGUAL DESDE LA VERSIÓN DEL 27 DE JUNIO DEL MISMO. ESTE ARTÍCULO VIENE A REEMPLAZAR EL ARTÍCULO SE0533 DE MEDLEARN MATTERS.

#### Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Intermediarios Fiscales (FIs) y a los Contratistas por concepto de servicios de terapia.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Esta revisión del manual reorganiza las secciones 220 y 230 en el Capítulo 15 del "Medicare Benefit Policy Manual", añade información de referencia y aclara las políticas

## Therapy Services

### REVISIONS TO THE MEDICARE BENEFIT POLICY MANUAL (PUB 100-02), CHAPTER 15, SECTIONS 220 AND 230 REGARDING THERAPY SERVICES

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON JULY 25, 2005, TO REFLECT THAT PORTIONS OF CR3648 RELATING TO THE QUALIFICATIONS REQUIRED FOR STAFF PROVIDING SERVICES BILLED AS PHYSICAL THERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY SERVICES INCIDENT TO THE SERVICES OF A PHYSICIAN OR NONPHYSICIAN PRACTITIONER MUST BE IMPLEMENTED IMMEDIATELY. THE UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE NORTHERN DISTRICT OF TEXAS HAS DISMISSED THE LAWSUIT BROUGHT BY THE NATIONAL ATHLETIC TRAINER'S ASSOCIATION (NATA). THAT LAWSUIT HAD CHALLENGED THE REQUIREMENTS FOR QUALIFICATIONS FOR STAFF PROVIDING SERVICES BILLED AS PHYSICAL AND OCCUPATIONAL THERAPY SERVICES INCIDENT TO A PHYSICIAN OR NON-PHYSICIAN PRACTITIONER. THE CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS) HAD PREVIOUSLY DELAYED IMPLEMENTATION OF THESE REQUIREMENTS AS A RESULT OF AN AGREEMENT MADE WITH NATA AND CONTAINED IN A JUNE 3, 2005 ORDER ISSUED BY THE COURT. THE AGREEMENT TO DELAY IMPLEMENTATION HAS EXPIRED AND THE COURT HAS DISMISSED THE LITIGATION, SO CMS IS IMPLEMENTING IMMEDIATELY THE CHALLENGED REQUIREMENTS. ALL OTHER INFORMATION IN THE ARTICLE REMAINS UNCHANGED FROM THE JUNE 27 VERSION OF THIS ARTICLE. THIS ARTICLE CONTINUES TO REPLACE MEDLEARN MATTERS ARTICLE SE0533.

#### Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Fiscal Intermediaries (FIs) and carriers for therapy services

#### Provider Action Needed

This manual revision re-organizes sections 220 and 230 in Chapter 15 of the Medicare Benefit Policy Manual; it adds reference

Cont. on next page

## Servicios de Terapia

actuales en torno a visitas médicas y certificaciones. Además, define las calificaciones que deben tener los terapeutas.

Para asegurar los pagos por servicios de terapias, usted debe satisfacer las condiciones y estándares establecidos para servicios de terapia descritos en los manuales. Además, el servicio de terapia calificado debe ser ofrecido por personal o profesionales calificados, según lo define el "Medicare Benefit Manual".

Para asegurar el procesamiento preciso y a tiempo de las reclamaciones por concepto de terapias, usted debe familiarizarse con las instrucciones y requerimientos descritos en el Sistema Manual de CMS que se relacionan a tales reclamaciones. Lea las políticas detalladas en los manuales y comuníquese con su intermediario o contratista si tiene preguntas acerca de estos cambios.

### Trasfondo

En resumen, esta revisión al "Medicare Benefit Policy Manual" (Pub. 100-02), Capítulo 15, Secciones 220 y 230, establece lo siguiente:

- Aclara políticas que tienen que ver con órdenes, visitas, planes de cuidado, certificación diferida, y práctica privada;
- Incorpora la información en la Reglamentación Final de Noviembre 15, 2004 sobre la definición de servicios de terapia, las calificaciones de los terapeutas, servicios de terapia incidentales a los servicios médicos, y supervisión en ambientes de práctica privada.

Algunos puntos clave de esta modificación incluyen:

- Los contratistas de Medicare y FIs pagarán por servicios solamente cuando esos servicios cumplen con las condiciones y estándares descritos en el Medicare Benefit Policy Manual. Esto incluye requisitos sobre las calificaciones de la persona que brinda los servicios, según se detalla en ese manual.

## Therapy Services

*information and clarifies current policy concerning physician visits and certification. In addition, it defines the qualifications of therapists.*

*Please note that to ensure payments for therapy services you must meet the conditions and standards for therapy services described in the manuals. In addition, the qualified therapy service must be furnished by qualified professionals/personnel as defined in the Medicare Benefit Policy Manual.*

*To ensure accurate and timely processing of therapy claims, be familiar with instructions and requirements described in the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Manual System related to such claims. Read the detailed policies in the manuals and contact your intermediary or carrier if you have any questions about these changes.*

### Background

*In summary, this revision to the Medicare Benefit Policy Manual (Pub 100-02), Chapter 15, Sections 220 and 230, does the following:*

- *Clarifies policies concerning orders, visits, plans of care, delayed certification, and private practice; and*
- *Incorporates the information in the Final Rule of November 15, 2004 concerning the definition of therapy services, the qualifications of therapists, therapy services provided incident to a physician, and supervision in private practice settings.*

*Some key points in this modification include:*

- *Medicare carriers and FIs will pay for services only when the services meet the conditions and standards described in the Medicare Benefit Policy Manual. This includes requirements regarding the qualifications of the person who provides the service as detailed in that manual.*

Cont. on next page

## Servicios de Terapia

- Los Contratistas de Medicare y FIs no denegarán el pago de reclamaciones de terapia basado solamente en la ausencia de una orden médica o referido para servicios de terapia. Sin embargo, las reclamaciones serán denegadas si no existe certificación en el plan de cuidado médico para cada intervalo de 30 días de tratamiento. La certificación indica que el paciente se encuentra bajo el cuidado de su médico, y que necesitaba el tratamiento que fue aprobado por el médico o profesional de la salud que certificó el plan.
- Durante la evaluación de prepago o pospago, si el Contratista o FI encuentra que no existe documentación de certificación del médico o profesional de la salud para un plan de terapia dentro de un plan de cuidado médico para los primeros 30 días del tratamiento, o encuentra que no existe un plan certificado para cada intervalo de 30 días desde el último intervalo de tratamiento certificado, la reclamación será denegada. Excepto, que se trate de una certificación diferida. Resumiendo, el Contratista o FI contará los días desde la primera fecha en que el beneficiario fue tratado por el terapeuta para determinar si la certificación del plan es diferida.
- Los contratistas de Medicare o FIs aceptarán certificaciones diferidas de servicios que, de otra manera, no hubieran sido cubiertos, a menos que la reclamación, la justificación o cualquier otra documentación que se adjunte indique que el tratamiento no era clínicamente necesario, por ejemplo, el servicio no llena las necesidades del paciente.
- Medicare no requiere una visita médica previo a la certificación, pero el médico o profesional de la salud que certifica el plan puede requerir una visita antes de la certificación.

### Información Adicional

Los cambios en este Manual no requieren un cambio en la manera en que se provee los servicios de terapia en la actualidad. Usted puede seguir el procedimiento de obtener la orden, enviar el plan de cuidado al médico con prontitud, obtener

## Therapy Services

- *Medicare carriers/FIs will not deny therapy claims based only on the absence of an order or referral for therapy services. However, claims will be denied if there is no certification of the plan of care for each 30 day interval of treatment. The certification indicates the patient was under the care of a physician, and needed the treatment that was approved by the physician or nonphysician practitioner who certified the plan.*
- *On prepay or postpay review, if the carrier/FI finds there is no documentation indicating a physician or non-physician practitioner certification of a therapy plan of care for treatment for the first 30 days of treatment or finds there is no certified plan of care for treatment for each interval of 30 days from the last certified interval of treatment, the claim will be denied, unless there is a delayed certification. On review, the carrier/FI will count the days from the first date treated by the therapist to determine if the certification of the plan is delayed.*
- *Medicare carriers/FIs will accept delayed certification of services that would otherwise be covered unless the claim, the justification, or any accompanying documentation indicates the treatment was not clinically necessary, i.e., the service does not meet the patient's need.*
- *Medicare does not require a physician visit prior to certification, but the physician or nonphysician practitioner who certifies the plan may require a visit prior to certification.*

### Additional Information

*This manual change does not require a change in the way therapy services are currently provided. You may continue to obtain an order, send the plan of care promptly to the physician, obtain certification as soon as you can and recommend a visit to the physician*

Cont. on next page

## Servicios de Terapia

certificación tan pronto como usted pueda, y recomendar una visita al médico, cuando sea necesario. Sin embargo, en el caso de que un médico no devuelva prontamente la certificación del plan de cuidado de salud al paciente bajo su cuidado, este cambio provee cierta flexibilidad para obtener dicha certificación.

Además, un médico retiene la autoridad para requerir que el paciente bajo su cuidado tenga que regresar para una consulta antes de una certificación. El médico puede limitar el periodo de tiempo de la certificación del plan, o puede escoger emitir una certificación por adelantado, si lo considera médicamente apropiado.

Las secciones revisadas del Medicare Benefit Policy Manual se adjuntan a la instrucción oficial emitida a su Contratista o FI referente a este cambio. Puede encontrar esa instrucción de cambio, CR 3648, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

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

## Therapy Services

*when needed. However, in the case where a physician does not promptly return a certification of the plan of care for a patient under his/her care, this change provides some flexibility in obtaining the certification.*

*Also, a physician retains the authority to require that a patient under his/her care must return for a visit prior to certification, and the physician may limit the length of time for which the plan is certified, or may chose to certify an interval in advance if it is medically appropriate.*

*The revised sections of the Medicare Benefit Policy Manual are attached to the official instruction issued to your carrier/FI regarding this change. That instruction, CR 3648, can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*On the above page, scroll down the CR NUM column on the right to find the link for CR 3648. Click on the link to open and view the file for the CR.*

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

(Revised) /Trans. 36 / CR-3648 / Nov-15-05 / ML RR

## Laboratorio

### EXPANSIÓN DEL ÉDITO DE RECLAMACIONES DUPLICADAS PARA SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DEL COMMON WORKING FILE (CFW) DE MEDICARE

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 4 DE AGOSTO DE 2005 PARA REFLEJAR QUE LA DIRECCIÓN WEB CORRECTA PARA EL CR 3551 ES: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R124OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R124OTN.pdf)

#### Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos que facturan a los Contratistas de Medicare por servicios de laboratorios clínicos.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

A partir del 1 de enero de 2006, el sistema de éditos de Medicare que verifica en busca de reclamaciones duplicadas de servicios de laboratorio clínico sometidas a más de un contratista será modificado. Ahora incluye todas las reclamaciones, con o sin el modificador "90".

Reclamaciones sometidas con o sin el modificador "90", para servicios de laboratorio clínico se identificarán como "reclamaciones duplicadas" cuando las reclamaciones incluidas contienen diferentes números de contratistas y todos los siguientes datos coinciden en los campos de la factura: (a) Nombre de Beneficiario; (b) Número de Beneficiario para Facturación de Seguro de Salud (HICN por sus siglas en inglés); (c) Códigos del "Current Procedural Terminology" (CPT)/"Healthcare Common Procedure Coding System" (HCPCS), y (d) Fecha de Servicio.

Los proveedores afectados deben estar conscientes de este cambio.

#### Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron el CR 3551, Trans. 124, el 29 de octubre de 2004, para implementar un nuevo édito en los sistemas de Medicare a partir del 1 de abril de 2005. Este édito verificará

## Laboratory

### MEDICARE'S COMMON WORKING FILE (CWF) EXPANSION OF DUPLICATE CLAIM EDIT FOR CLINICAL DIAGNOSTIC SERVICES

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON AUGUST 4, 2005, TO REFLECT THAT THE CORRECT WEB ADDRESS FOR CR3551 IS [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R124OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R124OTN.pdf)

#### Provider Types Affected

*Clinical laboratories billing Medicare carriers for laboratory services*

#### Provider Action Needed

*Effective January 1, 2006, the Medicare system's' edit to check for duplicate claims for referred clinical diagnostic laboratory services to more than one carrier will be modified to include all claims, with or without the "90" modifier.*

*Claims submitted, with or without the "90" modifier, for referred clinical diagnostic laboratory services will be identified as "duplicate claims" when the involved claims contain different carrier numbers and all of the following data matches in the claim fields: (a) Beneficiary Name; (b) Beneficiary Health Insurance Claim Number (HICN); (c) Current Procedural Terminology (CPT)/Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code; and (d) Date of Service*

*Affected providers should be aware of this change.*

#### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued CR 3551, Transmittal 124, on October 29, 2004, to implement a new edit in Medicare's systems, effective April 1, 2005, to*

Cont. on next page

## Laboratorio

las reclamaciones duplicadas para servicios de laboratorio clínico y servicios diagnósticos comprados por médicos o suplidores a más de un contratista.

Este édito para reclamaciones de servicios de laboratorio clínico y servicios diagnósticos comprados, implementado el 4 de abril de 2005, no editó las líneas que contenían el modificador "90". Cuando la función de édito pareaba los datos, el édito de reclamación duplicada de Medicare hacía el pareo en los siguientes campos:

(a) Nombre de Beneficiario; (b) Número de Beneficiario para Facturación de Seguro de Salud (HICN); (c) Códigos del "Current Procedural Terminology" (CPT)/"Healthcare Common Procedure Coding System" (HCPCS); (d) Fecha de Servicio; y (e) Modificador de Código CPT/HCPCS. Dicho édito no se aplicó a reclamaciones con un modificador "90".

Medicare modificará el édito de reclamaciones duplicadas para rechazar todos los servicios de laboratorio clínico sometidos a contratistas cuando se ha determinado que otro contratista ya había pagado por el mismo servicio en la misma fecha de servicio. **La excepción son aquellas reclamaciones que contienen el modificador "91". Esta édito modificado aplicará a todas las reclamaciones de laboratorio** con fechas de servicio a partir del 1ro. de enero de 2006.

Cuando las reclamaciones son denegadas como resultado de este édito, los contratistas de Medicare utilizarán el código de comentario N347 en la Remesa de Pago (RA) para que lea: "Su reclamación por servicios referidos o comprados no puede pagarse ya que el pago por este mismo servicio fue emitido a otro proveedor por parte de un contratista de pago representando al pagador".

NOTA: SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO REPETIDOS PARA EL MISMO BENEFICIARIO EN LA MISMA FECHA DE SERVICIO SE IDENTIFICARÁN CON EL MODIFICADOR "91". CUANDO SE REALIZA EL PAREO DE DATOS, EL ÉDITO DEL CWF DE RECLAMACIONES DUPLICADAS PARA SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO REFERIDOS NO INCLUIRÁ EL MODIFICADOR "91" EN RECLAMACIONES DE LABORATORIO REFERIDAS BAJO CRITERIOS SIMILARES. SIN EMBARGO, REALIZARÁ PAREO EN TODAS LAS OTRAS, SEGÚN SE ESPECIFICÓ ANTERIORMENTE.

## Laboratory

*check for duplicate claims for referred clinical diagnostic laboratory services and purchased diagnostic services submitted by physicians/supplier to more than one carrier.*

*This edit for clinical diagnostic laboratory services and purchased diagnostic claims, which was implemented on April 4, 2005, did not edit line items that contained the "90" modifier. When performing the data matching, the Medicare duplicate claim edit for referred clinical diagnostic laboratory performed the matching on the claim fields: (a) Beneficiary Name; (b) Beneficiary Health Insurance Claim Number (HICN); (c) Current Procedural Terminology (CPT)/Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code; (d) Date of Service; and (e) CPT/HCPCS Code Modifier. That edit was not applied to claims with a "90" modifier.*

*Medicare will modify the duplicate claim edit to reject all clinical laboratory services submitted to carriers when it has been determined that another carrier has already paid for the same service on the same date of service, **with the exception of those claims containing the "91" modifier. This modified edit will apply to all laboratory claims** with dates of service on or after January 1, 2006.*

*When claims are denied as a result of this edit, Medicare carriers will use remark code N347 on the remittance advice to show "Your claim for a referred or purchased service cannot be paid because payment has already been made for this same service to another provider by a payment contractor representing the payer."*

**NOTE:** REPEAT CLINICAL LABORATORY SERVICES FOR THE SAME BENEFICIARY ON THE SAME DATE OF SERVICE ARE IDENTIFIED BY THE "91" MODIFIER. WHEN PERFORMING THE DATA MATCHING, THE CWF DUPLICATE CLAIM EDIT FOR REFERRED CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORY SERVICE WILL NOT INCLUDE THE "91" MODIFIER ON REFERRED LABORATORY CLAIMS IN THE MATCHING CRITERIA, BUT WILL PERFORM MATCHING ON ALL OTHERS AS SPECIFIED ABOVE.

Cont. on next page

## Laboratorio

El édito de reclamaciones duplicadas CWF sólo aplicará a reclamaciones que contienen el código CPT incluido en la tabla de tarifas para laboratorios clínicos (disponible en el sitio Web de laboratorios clínicos CMS en el siguiente enlace, <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab/default.asp>), o que contienen un código HCPCS incluido en el Archivo Abstracto para Pruebas Diagnósticas Compradas y sus Interpretaciones, implementado en abril de 2005.

### Fecha de Implementación

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

### Información Adicional

Puede acceder el CR 3551, Trans. 124, *Édito de Reclamaciones Duplicadas del "Common Working File (CWF)"* para servicios referidos de Diagnósticos Clínicos y Comprados visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R124OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R124OTN.pdf).

El artículo Medlearn Matters relacionado puede ser revisado en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3551.pdf>.

Para ver la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario en relación a este cambio, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página Web, busque el CR 3946 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

### Implementación

La fecha de implementación es el 3 de enero de 2006.

## Laboratory

*The CWF duplicate claim edit will only apply to claims containing a CPT code that is included on the clinical laboratory fee schedule (available on the CMS clinical laboratory web site at <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab/default.asp>), or a HCPCS code that is included on the Abstract File for Purchased Diagnostic Tests/Interpretations implemented in April 2005*

### Implementation Date

*The implementation date for this instruction is January 3, 2006.*

### Additional Information

*CR 3551, Transmittal 124, Common Working File (CWF) Duplicate Claim Edit for Referred Clinical Diagnostic/Purchased Service may be viewed at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R124OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R124OTN.pdf) on the CMS web site.*

*The related Medlearn Matters article may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3551.pdf> on the CMS web site.*

*For complete details on this change, please see the official instruction issued to your carrier. That instruction may be viewed by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3946 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

### Implementation

*The implementation date is January 3, 2006.*

Trans. 626 / CR-3946 / Nov-22-05 / ML

## Anestesia

### FACTORES DE CONVERSIÓN DE ANESTESIA DEL 2006

El Factor de Conversión de Anestesia Nacional y los factores de Anestesia que son específicos por localidad se emitieron por los Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) en noviembre.

Vigente para los servicios brindados a partir del 1 de enero de 2006, los siguientes factores de conversión de anestesia se utilizarán para determinar el pago de Medicare, a menos que se actualicen por CMS.

	<b>Par.</b>	<b>Non-Par.</b>	<b>Limiting Charge</b>
<b>Puerto Rico</b>	15.19	14.43	16.59
<b>US Virgin Islands</b>	17.00	16.15	18.57

MR/Reemb./December, 2005

## Anesthesia

### 2006 ANESTHESIA CONVERSION FACTORS

*The 2006 National Anesthesia Conversion Factor and the locality specific Anesthesia Conversion Factors were released by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) in November.*

*Effective for services furnished on or after January 1, 2006, the following anesthesia conversion factors are being used to determine Medicare reimbursement unless updated by CMS.*

Cont. on next page



## Ambulancia

### APLICACIÓN DEL “HOSPITAL INPATIENT BUNDLING”: DENEGACIÓN DEL CONTRATISTA DE RECLAMACIONES POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 11 DE OCTUBRE DE 2005 PARA ACLARAR AÚN MÁS LA COMUNICACIÓN SOBRE CÓMO ESTA SITUACIÓN AFECTA A LOS SUPLIDORES INDEPENDIENTES DE SERVICIOS DE AMBULANCIA Y CÓMO AFECTA A EL SERVICIO A PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES DE CUIDADO AGUDO, HOSPITALES DE CUIDADO A LARGO PLAZO (LTCHs), INSTALACIONES DE REHABILITACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN (IRFs) E INSTALACIONES PSIQUIÁTRICAS DE HOSPITALIZACIÓN (IPFs).

#### Proveedores Afectados

Suplidores independientes de servicios de ambulancia que facturan a los Contratistas de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Suplidores independientes de servicios de ambulancia no pueden facturar a los contratistas de Medicare por servicios de ambulancia que proveen a un paciente de un Hospital de Cuidado Agudo, LTCH, IRF, o IPF (en o después de 12/31/04) a menos que los servicios sean provistos de dos formas:

- En las fechas de la admisión o de alta del hospital; o
- Dentro del código de lapso de ocurrencia “74” para las fechas desde y hasta, más un día.

Si existen servicios fuera de estos dos escenarios que se facturan por separado como Servicios de la Parte B, estas facturas serán rechazadas.

Si un suplidor de servicios de ambulancia le factura a Medicare y se le paga antes de que Medicare reciba la factura de hospitalización, Medicare recobraré el pago indebido realizado del suplidor de servicios de ambulancia.

## Ambulance

### ENFORCEMENT OF HOSPITAL INPATIENT BUNDLING: CARRIER DENIAL OF AMBULANCE CLAIMS DURING AN INPATIENT STAY

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON OCTOBER 11, 2005, TO FURTHER CLARIFY THE LANGUAGE ON HOW THIS ISSUE AFFECTS SERVICES FROM INDEPENDENT AMBULANCE SUPPLIERS AND HOW IT AFFECTS SERVICES TO INPATIENTS OF ACUTE CARE HOSPITALS, LONG TERM CARE HOSPITALS (LTCHs), INPATIENT REHABILITATION FACILITIES (IRFs), AND INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITIES (IPFs).

#### Provider Types Affected

*Independent ambulance services suppliers billing Medicare carriers*

#### Provider Action Needed

*Independent ambulance services suppliers cannot bill Medicare carriers for ambulance services that they provide to an inpatient of an acute care hospital, LTCH, IRF, or IPF (on or after 12/31/04) unless the services are provided either:*

- *On the dates of hospital admission and/or discharge; or*
- *Within an occurrence span code 74 from and through dates plus one day.*

*If services other than these two scenarios are billed separately as Part B, the bills will be rejected.*

*If an ambulance supplier bills Medicare and is paid prior to Medicare’s receipt of the hospital inpatient claim, Medicare will recover the improper payment from the ambulance supplier.*

Cont. on next page

## Ambulancia

Asegúrese que su personal de facturación está conciente de estos requerimientos para la facturación de servicios de ambulancia.

### Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están fortaleciendo sus éditos de procesamiento de reclamaciones para detectar pagos incorrectos y prevenir (o corregir) pagos indebidos hechos a suplidores de servicios de ambulancia al transportar pacientes hospitalizados. En el CR 3933 (en el cual se basa este artículo), CMS explica las reglas que regulan el pago de servicios de ambulancia que tales suplidores proveen a pacientes hospitalizados. Las Secciones 1882 (a)(14), 1886(d) y (g) del Acta de Seguro Social y el Código de Reglamentaciones Federales (CFR 411.15(m)), desautorizan el pago a suplidores independientes de servicios de ambulancia por servicios prestados a pacientes hospitalizados cuando los mismos se realizan entre la fecha de admisión y la fecha de alta del paciente.

Como resultado, el suplidor independiente de servicios de ambulancia debe facturar al Hospital, y no al beneficiario o al contratista de Medicare, por estos servicios. Específicamente, con la excepción de servicios brindados en las fechas de admisión o de alta del hospital, o servicios que caen dentro del código de lapso de ocurrencia "74", (fechas desde y hasta, mas un día), todos los servicios de transportación en ambulancia brindados a pacientes hospitalizados deben estar incluidos en la factura que se somete al hospital.

Los contratistas de Medicare rechazarán cualquier reclamación por servicios de ambulancia que se provean a pacientes hospitalizados en una fecha que caiga entre la fecha de admisión y la fecha de alta, a menos que se encuentren dentro del código de lapso de ocurrencia "74" (fechas desde y hasta, mas un día).

### ¿Cómo Funciona?

En resumen, el proceso funciona de la forma siguiente:

- Vigente para las fechas de servicio a partir del 31 de diciembre de 2004, los sistemas de Medicare buscan en el historial de

## Ambulance

*Make sure that your billing staffs are aware of these ambulance service billing requirements.*

### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is strengthening its claims processing edits to detect incorrect payments and to prevent (or correct) improper payments to ambulance suppliers for transporting hospital inpatients. In CR3933 (on which this article is based), CMS explains the rules that govern payment for the ambulance services that such suppliers provide to hospital inpatients.*

*Note: Sections 1882(a)(14), 1886(d) and (g) of the Social Security Act, and Code of Federal Regulations (CFR) 411.15(m) disallow payment for ambulance services furnished to hospital inpatients by independent ambulance services suppliers on dates that fall between the patients' admission and discharge dates.*

*As a result, the independent supplier of ambulance services must look to the hospital for payment for these services, rather than to the Medicare beneficiary or carrier. More specifically, with the exception of services on the admission and discharge dates or ambulance services that fall within the occurrence span code 74 from and through dates plus one day, all ambulance transportation provided to hospital inpatients must be bundled into the hospital bill.*

*Medicare carriers will reject any bill for ambulance services that are provided to a hospital inpatient on a date that falls between their admission and discharge dates unless they are within occurrence span code 74 from and through dates plus one day.*

### How the Process Works?

*In summary, here is how this process works:*

- *Effective for dates of service on or after December 31, 2004, Medicare's systems search the claim histories and compare*

*Cont. on next page*

## Ambulancia

reclamaciones de servicios de ambulancia y comparan las líneas de fecha de servicio (líneas con código de especialidad “59”) a las fechas de admisión y de alta de pacientes hospitalizados.

- Medicare entonces rechaza las líneas de la reclamación cuando un servicio de ambulancia cae entre las fechas de admisión y de alta en una factura de hospitalización, o fuera del lapso de ocurrencia (en las fechas desde y hasta) del código “74”.
- Y, si Medicare recibe la reclamación de servicios de ambulancia antes de recibir la factura de hospitalización, se realiza la misma búsqueda. Si la factura de ambulancia se encuentra entre las fechas de admisión y de alta, o fuera del lapso de ocurrencia del código “74” (en las fechas desde y hasta más un día), la reclamación de ambulancia se ajusta y el pago indebido para el servicio de ambulancia será recobrado del suplidor.
- Finalmente, cuando Medicare rechaza o ajusta una reclamación de ambulancia, el contratista, utilizando el Código de Comentario de la Remesa de Pago M2: “No pagado por separado cuando el paciente está hospitalizado”, indicará que:
  - La transportación en ambulancia ocurrió durante una hospitalización (en una fecha que se encuentra entre las fechas de admisión y de alta durante una hospitalización cubierta) y que no se paga por separado; o
  - La fecha de servicio cae dentro del código “74” con lapso de ocurrencia con fechas desde y hasta, más un día (nivel de cuidado no cubierto), en un hospital de cuidado agudo, LTCH, IPF o IRF, y no se paga por separado.

Además, el contratista también indicará el ajuste utilizando el “Remittance Advice” (RA) Código de Razón de Ajuste (Adjustment Reason Code) “97”, “Pago está incluido en el pago permitido para otro servicio o procedimiento”.

## Ambulance

*the line item service dates (line items with specialty codes of “59”) on the ambulance claims to the admission and discharge dates on hospital inpatient stays.*

- *Medicare then rejects the line items when an ambulance line item service date falls between the admission and discharge dates on a hospital inpatient bill or outside the occurrence span code 74 from and through dates.*
  - *And, if Medicare receives the ambulance claim prior to receiving the hospital inpatient bill, it performs the same search, and if the ambulance claim falls within the admission and discharge dates or outside the occurrence span code 74 from and through dates plus one day, the ambulance claim is adjusted and the incorrect payment for the ambulance service will be recovered from the ambulance supplier.*
  - *Finally, when Medicare rejects/adjusts an ambulance claim, the carrier will indicate, by using Remittance Advice Remark Code M2, “Not paid separately when the patient is an inpatient,” that:*
    - *The ambulance transportation occurred during a hospital inpatient stay (on a date that falls within the admission and discharge dates of a covered hospital inpatient stay), and is not separately payable; or*
    - *The service date falls outside the occurrence span code 74 (non-covered level of care) from and through dates plus one day on an acute care hospital, LTCH, IPF or IRF, and is not separately payable.*
- In addition, the carrier will also indicate the adjustment using Remittance Advice (RA) Adjustment Reason Code 97, “Payment is included in the allowance for another service/procedure.”*

Cont. on next page

## Ambulancia

### Información Adicional

Para más información acerca del pago de reclamaciones de servicios de ambulancia durante una hospitalización, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página Web, busque el CR 3933 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

Puede también buscar en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 3 (Inpatient Part A Hospital) Sección 10.5 (Hospital Inpatient Bundling). Usted puede encontrar este capítulo como un documento adjunto al CR 3933.

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

### Implementación

La fecha de implementación es el 3 de enero de 2006.

Trans. 668 / CR-3933 / Nov-17-05 / ML/RR

## Ambulance

### Additional Information

*You can find more information about the payment of ambulance claims during an inpatient stay by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site. From that web page, look for CR3933 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

*You might also want to look at the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 3 (Inpatient Part A Hospital) Section 10.5 (Hospital Inpatient Bundling). You can find this manual chapter as an attachment to CR3933.*

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

### Implementation

*The implementation date is January 3, 2006.*

## Mamografía

### MODIFICACIÓN DE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO QUE SE SOMETEN EN LAS RECLAMACIONES DE MAMOGRAFÍAS DE CERNIMIENTO

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 11 DE OCTUBRE DE 2005 PARA REFLEJAR LOS CAMBIOS HECHOS AL CR 3562 EL 7 DE OCTUBRE DE 2005. LA FECHA DE DISTRIBUCIÓN Y TRANSMISIÓN DE ESTE CR FUERON REVISADAS, Y LA FECHA DE EFECTIVIDAD FUE CAMBIADA DEL 1RO DE JULIO DE 2005 AL 1RO DE ENERO DEL 1998. TODA OTRA INFORMACIÓN PERMANECE IGUAL.

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores que facturan a contratistas de Medicare o Intermediarios Fiscales (FIs) por concepto de mamografías de cernimiento.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo modifica instrucciones para permitir que se sometan cualquiera de los códigos diagnósticos de V76.11 ó V76.12 en la reclamación. Los proveedores deben tomar en cuenta que, para asegurar la codificación correcta, uno de los siguientes códigos de diagnóstico debe incluirse en las reclamaciones de mamografías de cernimiento.

- **V76.11** – “Special screening for malignant neoplasm, screening mammogram for high-risk patients” o;
- **V76.12** – “Special screening for malignant neoplasm, other screening mammography.”

#### Trasfondo

Con vigencia del 1ro de enero de 1998, los proveedores sólo informaban el código de diagnóstico V76.12 en reclamaciones de mamografías de cernimiento. A partir del 1ro de julio de 2005, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) permitirán que se informe este servicio utilizando el código V76.11 ó V76.12, según sea apropiado.

#### Implementación

La fecha de implementación es el 5 de julio de 2005.

## Mammography

### MODIFICATION TO REPORTING OF DIAGNOSIS CODES FOR SCREENING MAMMOGRAPHY CLAIMS

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON OCTOBER 11, 2005, TO REFLECT CHANGES MADE TO CR3562 ON OCTOBER 7, 2005. THE CR RELEASE DATE AND TRANSMITTAL DATE WERE REVISED AND THE EFFECTIVE DATE WAS CHANGED FROM JULY 1, 2005, TO JANUARY 1, 1998. ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

#### Provider Types Affected

All providers billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs) for screening mammography claims

#### Provider Action Needed

This article modifies instructions to allow reporting of either diagnosis code V76.11 or V76.12. Providers should note that to ensure proper coding, one of the following diagnosis codes should be reported on screening mammography claims:

- **V76.11** – “Special screening for malignant neoplasm, screening mammogram for high-risk patients” or;
- **V76.12** – “Special screening for malignant neoplasm, other screening mammography.”

#### Background

Effective January 1, 1998, providers only reported diagnosis code V76.12 on screening mammography claims. Effective July 1, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will allow reporting of either V76.11 or V76.12, as appropriate.

#### Implementation

Implementation date is July 5, 2005.

Cont. on next page

## Mamografía

### Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario en relación a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página Web, busque en la columna CR NUM a la derecha y pulse en el archivo CR3562.

Si tiene alguna pregunta, favor comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Pub. Oct-7-2005 /Trans. 705 / CR-3562 / Nov-17-05 / ML/RR

## Mammography

### Additional Information

*The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

*From that web page, look for CR3562 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.*

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

## **Centro de Enfermería Especializada**

### **ACTUALIZACIÓN ANUAL 2006 AL HCPCS CÓDIGOS PARA FACTURACIÓN CONSOLIDADA (CB) PARA CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)**

#### **Proveedores Afectados**

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de servicios ofrecidos a pacientes de Medicare en Centros de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés).

#### **Acción Necesaria por Parte del Proveedor**

Este artículo conforme a la Petición de Cambio #4086 (CR4086) establece la actualización anual de los códigos HCPCS para la facturación consolidada de SNFs, y además indica cómo estas actualizaciones afectan los éditos en el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare, especialmente en el archivo de trabajo común (CWF por sus siglas en inglés).

EICR4086 provee actualizaciones a los códigos HCPCS que se utilizarán para revisar los éditos al CWF con el fin de permitir a los Contratistas y FIs el realizar pagos de acuerdo a la política de facturación consolidada de enfermería especializada que se detalla en el Capítulo 6 (Sección 110.4.1) para Contratistas, y en el Capítulo 6 (Sección 20.6) para los FIs.

Los médicos, suplidores y proveedores deben revisar los nuevos archivos de codificación que serán publicados en el sitio Web de CMS.

#### **Trasfondo**

##### **Archivo de Trabajo Común "CWF"**

El sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare tiene actualmente éditos vigentes para reclamaciones recibidas por la estadía de beneficiarios de la Parte A en instalaciones SNFs cubiertas, así como para beneficiarios en una

## **Skilled Nursing Facility**

### **2006 ANNUAL UPDATE OF HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)**

#### **Provider Types Affected**

*Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers and Fiscal Intermediaries (FIs) for services supplied to Medicare patients in SNFs*

#### **Provider Action Needed**

*This article is based on Change Request (CR) 4086 regarding the annual update of HCPCS codes for SNF Consolidated Billing and how the updates affect edits in Medicare claims processing systems, especially the Common Working File (CWF).*

*CR4086 provides updates to HCPCS codes that will be used to revise CWF edits to allow carriers and FIs to make appropriate payments in accordance with the policy for SNF consolidated billing that is detailed in Chapter 6 (Section 110.4.1) for carriers, and Chapter 6 (Section 20.6) for FIs.*

*Physicians, suppliers, and providers should review the new coding files that will be posted on the CMS web site.*

#### **Background**

##### **The Common Working File (CWF)**

*Medicare's claims processing systems currently have edits in place for claims received for beneficiaries in a Part A covered Skilled Nursing Facility (SNF) stay as well as*

Cont. on next page

## Centro de Enfermería Especializada

estadía no cubierta. Estos éditos permiten solamente aquellos servicios excluidos de la facturación consolidada a que se paguen por separado por el Contratista y/o FI.

**Médicos y proveedores que facturan a contratistas:** En la primera semana de diciembre de 2005, publicaremos nuevos archivos de códigos en el sitio Web de CMS, en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp>

**Proveedores que facturan a FIs:** En la primera semana de diciembre de 2005, publicaremos nuevos archivos en formato de Excel y PDF. Visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS, bajo la sección "2006 Annual and Quarterly Updates": <http://www.cms.hhs.gov/providers/snfpps/snffi/>

**Nota:** ES IMPORTANTE Y NECESARIO QUE LA COMUNIDAD DE PROVEEDORES QUE FACTURAN A FIs TENGA ACCESO AL TEMA "GENERAL EXPLANATION OF THE MAJOR CATEGORIES" EN UN INCISO LOCALIZADO BAJO EL "ANNUAL UPDATE", PARA QUE TENGAN UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE CUÁLES SON LAS CATEGORÍAS PRINCIPALES ("MAJOR CATEGORIES"), QUE INCLUYEN LAS EXCLUSIONES ADICIONALES NO GUIADAS POR CÓDIGOS HCPCS. PUEDE VER ESTE DOCUMENTO EN EL SIGUIENTE ENLACE: <http://www.cms.hhs.gov/providers/snfpps/snffi/>

### Implementación

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

### Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario en relación a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

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

## Skilled Nursing Facility

*for beneficiaries in a non-covered stay. These edits allow only those services excluded from consolidated billing to be separately paid by the carrier and/or FI.*

**For physicians and providers billing carriers:** By the first week of December 2005, new code files will be posted to <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp> on the CMS web site.

**For those providers billing FIs:** By the first week of December 2005, new Excel and PDF files will be posted to <http://www.cms.hhs.gov/providers/snfpps/snffi/> on the CMS web site, under the "2006 Annual and Quarterly Updates" section.

**NOTE:** IT IS IMPORTANT AND NECESSARY FOR THE PROVIDER COMMUNITY BILLING THE FIs TO VIEW THE "GENERAL EXPLANATION OF THE MAJOR CATEGORIES" BULLET LOCATED UNDER EACH ANNUAL UPDATE BULLET, AT THE <http://www.cms.hhs.gov/providers/snfpps/snffi/> LINK, TO UNDERSTAND THE MAJOR CATEGORIES, INCLUDING ADDITIONAL EXCLUSIONS NOT DRIVEN BY HCPCS CODES.

### Implementation

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

### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change, which may be viewed at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.

From that web page, look for CR4086 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Trans. 696 / CR-4086 / Nov-26-05 / ML

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### PAGOS POR SERVICIOS SUMINISTRADOS EN CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA AÑO FISCAL (FY) 2006

#### Proveedores Afectados

Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas o Intermediarios de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Esta instrucción advierte que las tarifas de pago ACS **actuales** y los valores de índice salarial **permanecen** en efecto para el Año Fiscal de 2006

#### Trasfondo

La Sección 626(a) del Acta de Modernización de Medicare (MMA por sus siglas en inglés) ordena, para tarifas de pagos ASC, un cero por ciento de aumento por inflación en el Año Fiscal 2005, el último trimestre del Año Calendario (CY) de 2005 y cada año calendario desde CY2006 hasta CY 2009.

#### Valores de Índice Salariales

La implementación de valores de índice de pago para el Año Fiscal de 2006 se pospone hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) tengan la oportunidad de determinar el impacto de los índices salariales de hospitalización para el año fiscal 2006 en las cantidades de pago para ASCs individuales. **Portanto, no habrá cambios en los pagos de ASCs para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2005.**

Hasta nuevo aviso, los contratistas de Medicare continuarán usando el índice salarial de FY 2004 para calcular los pagos a ASCs y continuarán utilizando las tasas de pago en vigor para servicios brindados a partir del 1 de abril de 2004.

La porción relacionada a la labor del ASC se define actualmente como el 34.45 por ciento de la cuota de pago.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### FISCAL YEAR (FY) 2006 PAYMENT FOR SERVICES FURNISHED IN AMBULATORY SURGICAL CENTERS (ASCS)

#### Provider Types Affected

*Ambulatory Surgical Centers (ASCs) billing Medicare carriers or intermediaries.*

#### Provider Action Needed

*This instruction advises that the **current** ACS payment rates and wage index values **remain** in effect for FY 2006.*

#### Background

*Section 626(a) of the Medicare Modernization Act (MMA) mandates, for ASC payment rates, a zero percent increase for inflation in FY2005, the last quarter of Calendar Year (CY) 2005, and each calendar year from CY 2006 through CY 2009.*

#### Wage Index Values

*The implementation of new wage index values for FY2006 is deferred until the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has had an opportunity to determine the impact of changes in the FY 2006 inpatient hospital wage index on payment amounts for individual ASCs. Therefore, **payments to ASCs for services furnished on or after October 1, 2005, will not change.***

*Until further notice, Medicare carriers will continue to use the FY 2004 wage index to calculate payments to ASCs and continue to use the payment rates that were effective for services furnished on or after April 1, 2004.*

*The labor-related portion of ASC payment rates is defined currently as 34.45 percent of the payment rate.*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Los contratistas actualmente utilizan el índice salarial FY2004 de hospitalización para calcular los pagos por servicios ASC.

El documento AB-03-116 (CR2871), emitida el 8 de agosto de 2003, actualizó los pagos a instalaciones ASC por concepto de inflación y actualizó el índice de valores salariales utilizados para ajustar pagos ASC para diferencias salariales geográficas para servicios prestados a partir del 1ro. de octubre de 2003. Puede encontrar el CR 2871 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/AB03116.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03116.pdf)

El documento 51 (CR3082), emitida el 4 de febrero de 2004, notificó a los Contratistas acerca de un cambio en las cuotas de pago ASC vigente el 1 de abril de 2004, como resultado del énfasis en la Sección 626(a) del Programa de Medicamentos Recetados del 2003 (MMA). El CR3082 se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R51OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R51OTN.pdf)

### Cuotas de Pago Grupal ASC

Las cuotas de pago grupal permanecerán como sigue:

Cuotas de Pago Grupal ASC / ASC Payment Group Rates			
Group 1	\$333	Group 6	\$826 (\$676 + \$150 for intraocular lenses (IOLs))
Group 2	\$446	Group 7	\$995
Group 3	\$510	Group 8	\$973 (\$823 + \$150 for IOLs)
Group 4	\$630	Group 9	\$1,339
Group 5	\$717		

### Información Adicional

El sitio Web de CMS para información ASC se encuentra en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc>.

Puede ver la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario en relación a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

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

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

Carriers are currently using the FY 2004 hospital inpatient wage index to calculate payments for ASC services.

Transmittal AB-03-116 (CR2871), issued August 8, 2003, updated ASC facility payment rates for inflation and updated the wage index values used to adjust ASC payments for geographic wage differences effective for services furnished on or after October 1, 2003. CR2871 may be found at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/AB03116.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03116.pdf) on the CMS web site.

Transmittal 51 (CR3082), issued February 4, 2004, notified contractors about a change in ASC payment rates effective April 1, 2004, resulting from enactment of Section 626(a) of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA). CR3082 may be found at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R51OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R51OTN.pdf) on the CMS web site.

### ASC Payment Group Rates

The ASC payment group rates will remain as follows:

### Additional Information

The CMS web site for ASC information can be found at <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc> on the CMS web site.

The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site. From that web page, look for the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Pub. Sept-30-2005 /Trans. 690 / CR-4075 / 11-26-05 / ML

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### CÓDIGOS HCPCS AÑADIDOS Y ELIMINADOS PARA CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA 2006

#### Proveedores Afectados

Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs por sus siglas en inglés) que proveen servicios a los beneficiarios de Medicare y que facturan a los Contratistas o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por esos servicios.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Manténgase informado sobre los códigos HCPCS que se añaden o eliminan de la lista de ASCs, con vigencia el 1 de enero de 2006.

#### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están actualizando las listas de códigos HCPCS de los ASCs. Esto es el resultado de cambios en el CPT (*Current Procedural Terminology*) de la Sociedad Médica Americana (AMA por sus siglas en inglés).

NOTA: ESTOS CAMBIOS A LOS CÓDIGOS NO SE PUBLICARÁN HASTA DESPUÉS QUE LA AMA PUBLIQUE LOS CÓDIGOS CPT-4 DEL 2005, LO CUAL USUALMENTE OCURREN EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2005.

#### Fecha de Implementación

La fecha de implementación es el 3 de enero de 2006.

#### Información Adicional

Para información detallada, vea la instrucción oficial emitida a su Contratista o FI en relación a este cambio. El anejo A de esa instrucción (CR4082) se incluye más adelante e incluye la lista ASC de adiciones y eliminaciones de los códigos HCPCS, vigentes el 1 de enero de 2006. Puede ver el la lista en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). Desde esa página, busque el CR 4082 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

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

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### 2006 AMBULATORY SURGICAL CENTER HCPCS CODES ADDITIONS AND DELETIONS

#### Provider Types Affected

ASCs providing services to Medicare beneficiaries and billing Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for those services.

#### Provider Action Needed

Be aware of the ASC HCPCS codes that are being added to and deleted from the ASC list, effective January 1, 2006.

#### Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is updating the ASC HCPCS codes list as a result of changes in the American Medical Association (AMA) Physician's Current Procedural Terminology (CPT) for 2006.

**NOTE:** THESE CODE CHANGES WILL NOT BE PUBLISHED UNTIL AFTER THE AMA'S 2005 CPT-4 CODES ARE PUBLISHED, WHICH USUALLY OCCURS BY NOVEMBER 1, 2005.

#### Implementation Date

The implementation date is January 3, 2006.

#### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/FI regarding this change. Attachment A of that instruction (CR4082) is included below and it contains the ASC list of both HCPCS deletions and additions, effective January 1, 2006. CR4082 may be viewed by going to [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site. From that Web page, look for CR4082 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### Anejo A del CR4082

A continuación se encuentra la Lista de Procedimientos Aprobados de Cambios a Códigos HCPCS de los ASCs (adiciones/eliminaciones) para el 1ro. de enero de 2006, vigente para servicios brindados a partir del 1 de enero de 2006.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### Attachment A from CR4082

*The following is the ASC List of Approved Procedures HCPCS Code Changes (deletions/additions) for January 1, 2006, effective for services performed on or after January 1, 2006.*

Pub. Oct-21-2005 / Trans. 720 / CR-4082 / Nov-26-05 / ML-DG

#### ELIMINADOS / DELETIONS

HCPCS Code	Short Descriptor	ASC Payment Group	Payment Amount
15350	Skin homograft	2	446
15351	Skin homograft add on	2	446
16015	Treatment of burn(s)	2	446
21493	Treat hyoid bone fracture	3	510
21494	Treat hyoid bone fracture	4	630
31585	Treat larynx fracture	1	333
31586	Treat larynx fracture	2	446
37720	Removal leg vein	3	510
37730	Removal leg veins	3	510
42325	Create salivary cyst drain	2	446

#### AÑADIDOS / ADDITIONS

HCPCS Code	Short Descriptor	ASC Payment Group	Payment Amount
15040	Harvest cultured skin graft	2	446
15110	Epidrm autogrft trnk/arm/leg	2	446
15111	Epidrm autogrft t/a/l add-on	1	333
15115	Epidrm a-grft face/nck/hf/g	2	446
15116	Epidrm a-grft f/n/hf/g addl	1	333
15130	Derm autograft, trnk/arm/leg	2	446
15131	Derm autograft t/a/l add-on	1	333
15135	Derm autograft face/nck/hf/g	2	446
15136	Derm autograft, f/n/hf/g add	1	333
15150	Cult epiderm grft t/arm/leg	2	446
15151	Cult epiderm grft t/a/l addl	1	333
15152	Cult epiderm graft t/a/l +%	1	333
15155	Cult epiderm graft, f/n/hf/g	2	446
15156	Cult epiderm grft f/n/hfg add	1	333
15157	Cult epiderm grft f/n/hfg +%	1	333
15300	Apply skinallogrft, t/arm/lg	2	446
15301	Apply skinallogrft t/a/l addl	1	333
15320	Apply skin allogrft f/n/hf/g	2	446
15321	Aply sknallogrft f/n/hfg add	1	333
15330	Aply acell alogrft t/arm/leg	2	446
15331	Aply acell grft t/a/l add-on	1	333
15335	Apply acell graft, f/n/hf/g	2	446
15336	Aply acell grft f/n/hf/g add	1	333
15420	Apply skin xgrft, f/n/hf/g	2	446
15421	Apply skn xgrft f/n/hf/g add	1	333
15430	Apply acellular xenograft	2	446
15431	Apply acellular xgrft add	1	333
16025	Dress/debrid p-thick burn, m	2	446
16030	Dress/debrid p-thick burn, l	2	446
37718	Ligate/strip short leg vein	3	510
37722	Ligate/strip long leg vein	3	510
45990	Surg dx exam, anorectal	2	446

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS HCPCS Y DE LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS, LAS DESCRIPCIONES, Y LAS INSTRUCCIONES PARA DESCARGAR ARCHIVOS HCPCS DE 2005 PARA ASC

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 23 DE JUNIO DE 2005, PARA CORREGIR UN ERROR TIPOGRÁFICO EN LA TABLA DE CÓDIGOS AÑADIDOS A LA LISTA DEL CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). EL ARTÍCULO ORIGINALMENTE INDICABA EL CÓDIGO HCPCS 33312 (INSERCIÓN DE UN GENERADOR DE PULSO) Y DEBÍO DE INDICARSE EL CÓDIGO 33212. LA TABLA HA SIDO CORREGIDA PARA QUE LEA 33212. LAMENTAMOS EL ERROR.

#### Tipos de Proveedores Afectados

Los Centros de Cirugía Ambulatoria que proveen servicios a beneficiarios de Medicare y facturan a los Contratistas y/o Intermediarios Fiscales para los servicios antes mencionados.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Es necesario estar consciente de los códigos HCPCS para Centros de Cirugía Ambulatoria que se están añadiendo y eliminando de la lista de los ASC vigentes el 1 de julio de 2005.

#### Trasfondo

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están actualizando la lista de los códigos HCPCS ASCs para que refleje los procedimientos ASC aprobados por Medicare añadidos a y eliminados de la lista ASC. Esto según se resume en la Reglamentación Final Interina (Interim Final Rule) del "Federal Register" del 4 de mayo de 2005 (70 CFR 23690). Esta reglamentación se encuentra disponible en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478\\_42805.pdf](http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478_42805.pdf)

Los siguientes códigos se añadieron a la lista ASC para servicios realizados a partir del 1 de julio de 2005:

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### UPDATE OF HCPCS CODES AND FILE NAMES, DESCRIPTIONS, AND INSTRUCTIONS FOR RETRIEVING THE 2005 ASC HCPCS ADDITIONS, DELETIONS, AND MASTER LISTING

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON JUNE 23, 2005, TO CORRECT A TYPOGRAPHIC ERROR IN THE TABLE OF CODES BEING ADDED TO THE ASC LIST. THE ORIGINAL ARTICLE SHOWED HCPCS CODE OF 33312 (INSERTION OF PULSE GENERATOR) AND THAT CODE SHOULD HAVE BEEN 33212. THE TABLE HAS BEEN CORRECTED TO SHOW 33212. WE REGRET THE ERROR.

#### Provider Types Affected

ASCs providing services to Medicare beneficiaries and billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs) for those services

#### Provider Action Needed

Be aware of the ASC HCPCS codes that are being added to and deleted from the ASC list, effective July 1, 2005.

#### Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is updating the ASC HCPCS codes list to reflect the Medicare-approved ASC procedures added to and deleted from the ASC list, as outlined in an interim final rule in the May 4, 2005 Federal Register (70 CFR 23690). (The interim rule is available at [http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478\\_42805.pdf](http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478_42805.pdf) on the CMS Web site.)

The following codes are being added to the ASC list, effective for services performed on or after July 1, 2005:

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

HCPCS Code	Short Descriptor	ASC PaymentGroup	ASC Payment Rate
15001	Skin graft add-on	1	\$333.00
15836	Excise excessive skin tissue	3	\$510.00
15839	Excise excessive skin tissue	3	\$510.00
19296	Place po breast cath for rad	9	\$1,339.00
19298	Place breast rad tube/caths	1	\$333.00
21120	Reconstruction of chin	7	\$995.00
21125	Augmentation, lower jaw bone	7	\$995.00
28108	Removal of toe lesions	2	\$446.00
29873	Knee arthroscopy/surgery	3	\$510.00
30220	Insert nasal septal button	3	\$510.00
31545	Remove vc lesion w/scope	4	\$630.00
31546	Remove vc lesion scope/graft	4	\$630.00
31603	Incision of windpipe	1	\$333.00
31636	Bronchoscopy, bronch stents	2	\$446.00
31637	Bronchoscopy, stent add-on	1	\$333.00
31638	Bronchoscopy, revise stent	2	\$446.00
33212	Insertion of pulse generator	3	\$510.00
33213	Insertion of pulse generator	3	\$510.00
33233	Removal of pacemaker system	2	\$446.00
36475	Endovenous rf, 1stvein	3	\$510.00
36476	Endovenous rf, vein add-on	3	\$510.00
36478	Endovenous laser, 1stvein	3	\$510.00
36479	Endovenous laser vein add-on	3	\$510.00
36834	Repair AV aneurysm	3	\$510.00
37500	Endoscopy ligate perf veins	3	\$510.00
42665	Ligation of salivary duct	7	\$995.00
43237	Endoscopic us exam, esoph	2	\$446.00
43238	Upper gi endoscopy w/us fn bx	2	\$446.00
44397	Colonoscopy w/stent	1	\$333.00
45327	Proctosigmoidoscopy w/stent	1	\$333.00
45341	Sigmoidoscopy w/ultrasound	1	\$333.00
45342	Sigmoidoscopy w/us guide bx	1	\$333.00
45345	Sigmoidoscopy w/stent	1	\$333.00
45387	Colonoscopy w/stent	1	\$333.00
45391	Colonoscopy w/endoscope us	2	\$446.00
45392	Colonoscopy w/endoscopic fnb	2	\$446.00
46230	Removal of anal tags	1	\$333.00
46706	Repr of ana fistula w/glue	1	\$333.00
46947	Hemorrhoidopexy by stapling	3	\$510.00
49419	Insrt abdom cath for chemotx	1	\$333.00
51992	Laparo sling operation	5	\$717.00
52301	Cystoscopy and treatment	3	\$510.00
52402	Cystourethro cut ejacul duct	3	\$510.00
55873	Cryoablate prostate	9	\$1,339.00
57155	Insert uteri tandems/ovoids	2	\$446.00
57288	Repair bladder defect	5	\$717.00
58346	Insert heyman uteri capsule	2	\$446.00
58565	Hysteroscopy, sterilization	4	\$630.00
58970	Retrieval of oocyte	1	\$333.00
58974	Transfer of embryo	1	\$333.00

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

HCPCS Code	Short Descriptor	ASC PaymentGroup	ASC Payment Rate
58976	Transfer of embryo	1	\$333.00
62264	Epidural lysis on single day	1	\$333.00
64517	N block inj, hypogastric plexus	2	\$446.00
64561	Implant neuroelectrodes	3	\$510.00
64581	Implant neuroelectrodes	3	\$510.00
64681	Injection treatment of nerve	2	\$446.00
65780	Ocular reconst, transplant	5	\$717.00
65781	Ocular reconst, transplant	5	\$717.00
65782	Ocular reconst, transplant	5	\$717.00
65820	Relieve inner eye pressure	1	\$333.00
66711	Ciliary endoscopic ablation	2	\$446.00
67343	Release eye tissue	7	\$995.00
67445	Explr/decompress eye socket	5	\$717.00
67570	Decompress optic nerve	4	\$630.00
67912	Correction eyelid w/implant	3	\$510.00
68371	Harvest eye tissue, alograft	2	\$446.00

Los siguientes códigos se eliminaron de la lista ASC a partir del 1 de julio de 2005:

*The following HCPCS codes are being deleted from the ASC list, effective July 1, 2005:*

HCPCS Code	Short Descriptor
21440	Treat dental ridge fracture
23600	Treat humerus fracture
23620	Treat humerus fracture
53850	Prostatic microwave thermotx
69725	Release facial nerve

La lista completa de los códigos HCPCS ASC aprobados por Medicare, incluyendo los códigos que se están añadiendo y eliminando de la lista ASC a partir del 1 de julio de 2005, está disponible como suplemento a la regla provisional (comenzando en la página 104) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478\\_42805.pdf](http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478_42805.pdf)

*The complete list of Medicare-approved ASC HCPCS codes, including the codes being added to and deleted from the ASC list effective July 1, 2005, is available as an addendum to the interim rule (starting at page 104) at [http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478\\_42805.pdf](http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc/1478_42805.pdf) on the CMS web site.*

### Información Adicional

Para detalles más completos, favor de consultar la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario Fiscal con respecto a este cambio. Puede encontrar esta instrucción en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/FI regarding this change. That instruction may be viewed by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp) on the CMS web site.*

Desde esa página, busque el CR 3905 en la columna CR NUM a la derecha y pulse el enlace para ese CR.

*From that web page, look for CR 3905 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

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

Pub. June 17, 2005 /Trans. 584 / CR-3905 / 12-16-05 / ML-RR

## 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, 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, on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:*

Cont. on next page



**Contrato****Enrollment**

<b>Providers Excluded from the Medicare Program</b>		
<b>NAME</b>	<b>ADDRESS</b>	<b>EFFECTIVE DATE</b>
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Alvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Nestor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Davila 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 Leon 11 Calla Granada Mayaguez, PR 00680	January 20, 2003
Baez López, Roberto	Calle Victor Salaberry #32 Guanica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enriquez, Jose M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamon, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, Jose L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Rio Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Baez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las Americas Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Davila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Rio Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
Garcia Medina, Benjamin 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
Jimenez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	March 20, 2001
López Morales, Angel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002

**Contrato****Enrollment**

<b>Providers Excluded from the Medicare Program</b>		
<b>NAME</b>	<b>ADDRESS</b>	<b>EFFECTIVE DATE</b>
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
Montañez López, Carlos W.	Optica 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
Olivari Milán, Jose 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 Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	December 20, 1999
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Area de Yauco Clinicas 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 Rio Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Mélenlez, Marcos U.	P.O. Box 999 Rio 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 Diaz, 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
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Rio Verde Caguas, PR 00725	August 20, 2000
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 Perez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002



## Contrato

### SITIO DE WEB NUEVO DE CMS PARA NPI

¡Anunciando la nueva página de Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) dedicado a proveer las últimas noticias sobre el Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) para proveedores del sistema de tarifa fija de Medicare! Favor de acceder el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/providers/npi/default.asp>. Aunque esta página está dirigida a la comunidad del sistema de tarifa fija de Medicare, contiene información y enlaces útiles para todos los profesionales de la salud.

**Recordatorio** - Se requiere por ley, que todo profesional de la salud solicite un NPI. Para solicitar su NPI a través del Web favor de visitar el siguiente enlace <https://nppes.cms.hhs.gov>.

## Enrollment

### NEW CMS WEB SITE FOR NPI

*Announcing the new CMS web page dedicated to providing all the latest NPI news for Fee-For-Service (FFS) Medicare providers! Visit <http://www.cms.hhs.gov/providers/npi/default.asp> on the web! While this page is dedicated to the Medicare FFS community, it contains helpful information and links that may benefit all health care providers.*

**Reminder** - Health care providers are required by law to apply for a National Provider Identifier (NPI). To apply online, visit: <https://nppes.cms.hhs.gov>.

**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**RETURN SERVICE REQUESTED**

**PRSRRT STD**

**U.S. POSTAGE PAID**

**SAN JUAN, P.R.**

**PERMIT NO. 2563**