

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### RECERTIFICACIÓN DEL TRIENIO QUE OTORGA EL TRIBUNAL DE EXAMINADOR DE MÉDICOS DE PUERTO RICO

El día 30 de junio de 2007 vence el Registro de Re-certificación de Educación Continua que otorgó el Tribunal Examinador de Médicos a todos los médicos para el periodo de 1 de julio de 2004 a 30 de junio de 2007. Es importante que sometan esta información a la Oficina de Contrataciones de Medicare en o antes de la fecha de vencimiento. De esta manera se asegura de cumplir con la reglamentación de Medicare, evitará interrupciones en sus pagos y a la misma vez mantendrá sus expedientes al día.

---

## We Are Glad You Asked!

### TRIENNium RECERTIFICATION OF THE PUERTO RICO MEDICAL BOARD OF EXAMINERS

On June 30, 2007, the Triennium Re-certification and Registration issued by the Puerto Rico Medical Board of Examiners for the period of July 1, 2004 to June 30, 2007 will expire. It is very important that you submit this information to our Provider Enrollment Section on or before the expiration date. In so doing, you will ensure that you are in compliance with the Medicare Regulations, avoid delays in your payments and at the same time maintain your record updated.

SS/Contract Section/January 2007



Emission Date: February 9, 2007 | Volume 89 / Jan., Feb., and March, 2007

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

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

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



## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

## TABLA DE CONTENIDO

### ¡Qué Bueno que Preguntó!

Recertificación del Trienio .....	Portada
Actualización de información .....	5
Facturando servicios prestados en hospicio .....	6
Requisito de la Reforma Contributiva - Recordatorio ....	7

### Proveedores fuera del Programa Medicare

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

### Recursos de Información y Educación

Campaña educativa sobre Cuidado a Largo Plazo ...	9
---	---

### HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	12
--	----

### Política Médica

Estimulación de los Nervios Cavernosos .....	15
Implementación de Pruebas de Cernimiento de Ultrasonido .....	18
Equipos de Terapia Infrarroja .....	23
Servicios prolongados y servicios "Standby" .....	26
Monitorización de respuesta cardíaca mediante TEB	29

### Políticas de Pago

Aclaración de las excepciones a las limitaciones financieras .....	30
Reducción del procedimiento múltiple del TC de ciertos procedimientos .....	35
Procesamiento de todos los códigos de diagnóstico reportados en reclamaciones .....	56
Nuevas pruebas de dispensa .....	57
Actualización trimestral a los éditos del CCI Versión 13.0 .....	59
Éditos médicamente improbables (MUES) .....	61

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

## TABLA DE CONTENIDO - Cont.

### Políticas de Pago - Cont.

Éditos para duplicados de reclamaciones del CWF ..	63
Cambio legislativo al factor de actualización del 2007 a las Tarifas Fijas .....	66
Actualización de cargos razonables 2007 para entablillados, yesos, etc. ....	70
Actualización del 2007 para las tarifas fijas de equipo médico .....	74

### Mamografía

Nuevos códigos 2007 procedimientos comunes ....	78
---	----

### Medicamentos

Programa Adquisición Competitiva para medicamentos - apelaciones .....	80
Programa Adquisición Competitiva para medicamentos - "NOC" .....	84
Programa Adquisición Competitiva para medicamentos - número de orden de receta .....	89
Archivo trimestral enero 2007 de ASP .....	93

### Laboratorio

Cambios al módulo de éditos del NCD enero 2007 ..	98
Demostración de Licitación Competitiva .....	100
Actualización anual de 2007 de las tarifas fijas ....	109
Laboratorio independiente facturando el TC .....	115

### Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Actualización del 2007 a los códigos HCPCS y pagos a ASCS .....	116
---	-----

### Ambulancia

Jurisdicción del contratista para reclamaciones de servicios de ambulancia .....	119
Factor de inflación para servicios de ambulancia del año calendario 2007 .....	122

### Reclamaciones

Reapertura y revisión de determinaciones y decisiones sobre reclamaciones .....	125
Devolución de reclamaciones en papel enviadas por "Clearinghouse" .....	129

### Centro de Enfermería Especializada

Actualización anual 2007 de los códigos HCPCS .	131
Actualización anual a los códigos HCPCS utilizados en la facturación consolidada (CB) .....	133

### Aviso de Remesa

Actualización a códigos de comentario .....	137
---	-----

### Contrato

Proveedores Sancionados .....	143
Cómo reportar el NPI en reclamaciones médicas por servicio de laboratorio .....	146
Reclamaciones sometidas con el NPI solamente ...	148

MOA-2007

## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

## TABLE OF CONTENTS

### We are Glad you Asked!

<i>Triennium Recertification</i> .....	Cover page
<i>Updating Information</i> .....	5
<i>Billing for services rendered to hospice</i> .....	6
<i>Requirements of Puerto Rico's Tax Reform</i> .....	7

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

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

### Information and Education Resources

<i>"Own Your Future": Long Term Care Campaign</i> .....	9
---	---

### H I P A A

<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i> .....	12
--	----

### Medical Policy

<i>Cavernous Nerves Electrical Stimulation</i> .....	15
<i>Implementation of an Ultrasound Screening</i> .....	18
<i>Infrared Therapy Devices</i> .....	23
<i>Prolonged Services and Standby Services</i> .....	26
<i>Cardiac Output Monitoring by TEB</i> .....	29

### Billing Policies

<i>Outpatient Therapy Cap Exceptions</i> .....	30
<i>Multiple Procedure Reduction on TC of Certain Diagnostic</i> .....	35
<i>Processing All Diagnosis Codes Reported on Claims</i> .....	56
<i>New Waived Tests</i> .....	57
<i>Quarterly Update to CCI Edits, Version 13.0</i> .....	59
<i>Medically Unlikely Edits (MUES)</i> .....	61

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

## TABLE OF CONTENTS - Cont.

### Billing Policies - Cont.

<i>CWF Duplicate Claim Edit for the TC of Radiology</i> ..	63
<i>Legislative Change to the Update Factor for Physician Fee Schedule</i> .....	66
<i>Reasonable Charge Update for 2007 for Splints, Casts, etc.</i> .....	70
<i>Fee Schedule Update for 2007 for Durable Medical Equipment</i> .....	74

### Mammography

<i>New 2007 CPT Mammography Codes</i> .....	78
---	----

### Drugs

<i>Competitive Acquisition Program for Part B Drug - Appeals</i> .....	80
<i>Competitive Acquisition Program for Part B Drug - NOC Drugs</i> .....	84
<i>Competitive Acquisition Program for Part B Drug - Do not Bill a Prescription Order</i> .....	89
<i>January 2007 Quarterly ASP Drug Pricing</i> .....	93

### Laboratory

<i>Changes to the Laboratory NCD Edit Software</i> .....	98
<i>Laboratory Competitive Bidding Demonstration</i> ...	100
<i>2007 Annual Update for Clinical Laboratory Fee Schedule</i> .....	109
<i>Independent Laboratory Billing for the TC</i> .....	115

### Ambulatory Surgical Center (ASC)

<i>2007 Update of HCPCS Codes and Payments</i> .....	116
--	-----

### Ambulance

<i>Carrier Jurisdiction for Ambulance Supplier</i> .....	119
<i>Ambulance Inflation Factor for CY 2007</i> .....	122

### Claims

<i>Reopenings and Revisions of Claim</i> .....	125
<i>Returning Paper Claims Received from Clearinghouses</i> .....	129

### Skilled Nursing Facility

<i>2007 Annual Update of HCPCS Codes for SNF</i> .....	131
<i>Annual Update of HCPCS Codes Used for Home Health</i> .....	133

### Remittance Advice

<i>Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment</i> .....	137
---	-----

### Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i> .....	143
<i>Reporting the NPI on Physician Claims</i> .....	146
<i>Claims Submitted with only a NPI</i> .....	148

MOA-2007

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Nuestros expedientes demuestran que en meses recientes se denegó una cantidad significativa de reclamaciones debido a que **el servicio no se puede pagar cuando se realiza por el proveedor que prestó el mismo** (código de acción CO – 52 de la Remesa de Pago). Este tipo de denegación ocurre debido a una de las siguientes situaciones:

- Expiración del Registro de Re-certificación de Educación Continúa del Tribunal Examinador de Médicos (TEM) para poder practicar medicina en Puerto Rico y la Islas Vírgenes E.U.
- Expiración de la licencia estatal en los casos de laboratorios clínicos.
- Expiración de la licencia emitida por la Comisión de Servicio Público en los casos de ambulancias.

En muchas ocasiones estos procesos ya se llevaron a cabo con las entidades correspondientes (TEM, SARAF, Comisión de Servicio Público). Sin embargo, la Oficina de Contrataciones no ha recibido los documentos que demuestran que se tomaron estas acciones. Por ende, las reclamaciones se deniegan hasta que el proveedor someta los documentos correspondientes. La Oficina de Contrataciones emite a los médicos una carta en que se le indica que debe someter la documentación antes de tomar este tipo de acción. En el caso de las ambulancias y laboratorios, las licencias vencen anualmente, por tanto, los documentos se deben someter cada año. Sin embargo, pocos responden antes de que se les afecten los pagos.

Deseamos recordarle que todo proveedor de Medicare es responsable de actualizar la información que aparece bajo su(s) número(s) de proveedor y que el mantener esta información al día evitará que sus pagos se afecten.

Para información adicional o de tener alguna duda, puede comunicarse con nuestro centro de servicio al proveedor, llamando al 1-877-715-1921.

## We Are Glad You Asked!

### UPDATING INFORMATION

*Records show that in recent months a significant amount of claims were denied payment because **the service could not be paid when performed by the provider who rendered it** (Remittance Advice action code: CO – 52). This type of denial may occur due to one of the following situations:*

- *Expiration of the Triennium Recertification required for the practicing of medicine in Puerto Rico and the US Virgin Islands for physicians.*
- *Expiration of State license in the case of Laboratories.*
- *Expiration of license issued by the Public Transportation Commission in the cases of ambulances.*

*In many instances these processes have been completed with the corresponding entities (Board of Medical Examiners, Health Department and Transportation Commission). However, the Provider Enrollment Section has not received the documents demonstrating that such actions were taken. Therefore, claims are denied until the provider submits the corresponding documents. The Provider Enrollment Section issues physicians a letter indicating that these documents are required prior to taking payment denial actions. As for ambulances and clinical laboratories, licenses expire annually; therefore, documents must be submitted every year. However, few respond before payments are affected.*

*We would like to remind you that all Medicare providers are responsible for updating the information that appears under their legacy number(s) and by doing so will prevent delays in future payments.*

*For additional information or concerns, you may contact our provider service center at 1-877-715-1921.*

ABR-01/03/07-STARS October-November 2006 Report

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### FACTURANDO A MEDICARE PARTE B SERVICIOS PRESTADOS A PACIENTES DE HOSPICIO

Recientemente hemos observado un aumento en las denegaciones de pago por servicios prestados a beneficiarios que han elegido los beneficios de hospicio sobre la cubierta estándar de Medicare (código de acción PR-B9 de la Remesa de Pago). En muchas ocasiones esto se debe a errores de facturación. Por lo que, a continuación le proveemos instrucciones básicas sobre cómo facturar estos servicios.

El programa de hospicio es un beneficio bajo el seguro hospitalario (Parte A) del programa. Para ser elegible al programa de hospicio bajo Medicare, un individuo debe estar acogido a Medicare Parte A y estar certificado que padece una enfermedad terminal. Un individuo se considera terminal si el pronóstico es tal que la expectativa de vida es de seis meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. En estos casos el beneficiario renuncia a todo derecho a pagos por Medicare y sólo puede recibir cuidado de un hospicio certificado por Medicare cubierto bajo las disposiciones de los beneficios de hospicio.

No obstante, Medicare Parte B puede pagar los servicios prestados a estos beneficiarios bajo ciertas circunstancias cuando se facturan correctamente. Los servicios prestados a estos beneficiarios deben ser facturados con los siguientes modificadores:

- GV – Médico de cabecera que no es empleado del proveedor de hospicio
- GW – Servicio no relacionado a la condición terminal.

Además, usted deberá incluir en su reclamación el número de proveedor del hospicio en el encasillado 23 de la forma CMS 1500 o su equivalente de facturar electrónicamente.

## We Are Glad You Asked!

### BILLING MEDICARE PART B FOR SERVICES RENDERED HOSPICE PATIENTS

*Recently, we have observed a payment denial increase for services rendered to beneficiaries who have elected hospice benefits over standard Medicare coverage (Remittance Advice action code: PR – B9). In many occasions these denials are due to billing errors. Therefore, the following information will provide you with basic instructions on how to bill these services.*

*Hospice care is a benefit under the hospital insurance program. Thus, in order to be eligible to elect hospice care under Medicare, an individual must be entitled to Medicare Part A and be certified as terminally ill. An individual is considered to be terminally ill if the medical prognosis is that the individual's life expectancy is six months or less if the illness runs its normal course. In these cases the beneficiary waives all rights to Medicare payment and can only receive care from a Medicare certified hospice covered under the hospice benefit provisions.*

*However, services rendered to these beneficiaries can be paid under certain circumstances by Medicare Part B when billed accurately. Services offered to these beneficiaries should be billed with the following modifiers:*

- GV – Attending physician that is not employed by Hospice
- GW – Service not related to the terminal condition.

*You should also include on the claim the Hospice's provider number in item 23 of the CMS 1500 or its equivalent if you bill electronically.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

Si su reclamación fue denegada debido a que no se indicó el modificador correspondiente, puede solicitar una redeterminación. Si la reclamación se rechazó por no indicar el número de proveedor del hospicio, usted debe someter una reclamación nueva (códigos de acción CO - 16 de la Remesa de Pago).

De tener alguna duda, puede comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor, llamando al 1-877-715-1921.

## We Are Glad You Asked!

*If your claim has been denied because the corresponding modifier was not indicated you may request a redetermination. If it was rejected because the hospice provider number was not indicated, you must submit a new claim (Remittance Advice action codes: CO - 16).*

*If you have any questions, you may contact our Provider Contact Center at 1-877-715-1921.*

Ref. STARS October-November 2006 Report

### REQUISITO DE LA REFORMA CONTRIBUTIVA DE PUERTO RICO RECORDATORIO

Desde el 1 de julio de 1995 existe la reforma contributiva en Puerto Rico. Uno de los requisitos de la reforma establece la retención de contribuciones de un 7% sobre el pago por servicios profesionales.

Sin embargo, como contratistas de Medicare parte B, sólo estamos autorizados a retener cantidades identificadas por el gobierno federal. Por tal razón, **no haremos la retención del 7% de los pagos** que usted reciba por servicios profesionales. Usted será responsable de cumplir con la ley local.

Próximamente recibirá el formulario 1099, si practica la medicina en Islas Vírgenes o la Informativa si su práctica es en Puerto Rico. Recuerde que la información sobre sus ingresos le llegará en un sobre debidamente identificado de la División Medicare de Triple-S, Inc.

### REQUIREMENTS OF PUERTO RICO'S INCOME TAX REFORM REMINDER

*Since July 1, 1995, Puerto Rico's Income Tax Reform exists. One of the requirements of this reform is 7% tax retention on all payments for professional services.*

*However, as a Medicare Part B carrier, we are only authorized to withhold amounts established by the federal government. Therefore, **we will not be withholding the 7% from your payments.** You will be responsible for complying with the local law.*

*You will soon be receiving the 1099 Form, if you practice medicine in the USVI or the Informativa for those practicing in Puerto Rico. Remember that your statement of earnings will be sent in a properly identified Triples-S, Inc./ Medicare Division envelope.*

Comm. Office/DMG-01/11/07

## Proveedores fuera del Programa Medicare

### PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

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

## Opt-Out Providers from the Medicare Program

### MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

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

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

Rev. 09/12/2006/SS-moa



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### CAMPAÑA EDUCATIVA SOBRE CUIDADO A LARGO PLAZO (LONG TERM CARE [LTC]): “SEA DUEÑO DE SU FUTURO”

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y el personal que provee cuidados de salud a individuos entre las edades de 45 a 65 años.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) proveen este artículo de edición especial para informarle sobre la Campaña de Concientización sobre Cuidado a Largo Plazo (LTC) “Sea Dueño de su Futuro” (*Own Your Future*). Se trata del primer esfuerzo de este tipo, diseñado para aumentar la concientización pública. Los proveedores en los estados de Georgia, Massachusetts, Michigan, Nebraska, South Dakota y Texas pueden prestar atención especial, ya que los consumidores en esos estados recibirán cartas durante el próximo año alertándolos respecto a la campaña para promover la planificación LTC y sobre de la disponibilidad de un “kit” de planificación a largo plazo, el cual pueden recibir libre de costo. Usted querrá reforzar la importancia de tal planificación cuando aconseje a sus pacientes.

#### Trasfondo

Integrantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés), incluyendo la Oficina del Secretario Asistente de Planificación y Evaluación (ASPE por sus siglas en inglés), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), y la Administración de Asuntos de la Vejez (AOA por sus siglas en inglés), están trabajando con la Asociación de Gobernadores Nacionales para auspiciar La Campaña de Concientización de Cuidado a Largo Plazo (LTC) “Sea Dueño de su Futuro” (*Own Your Future*). La Campaña de Concientización LTC representa una asociación

## Information and Education Resources for Providers

### “OWN YOUR FUTURE”: LONG-TERM CARE (LTC) CAMPAIGN

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and their staff who provide health care to individuals between the ages of 45 - 65.*

#### Provider Action Needed

*This special edition article is being provided by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to inform you about the Long-Term Care Awareness Campaign ‘Own Your Future’ - the first effort of its kind designed to increase public awareness about the need to plan for future long-term care needs. Providers in Georgia, Massachusetts, Michigan, Nebraska, South Dakota, and Texas, may want to take special note as consumers in those States will receive letters over the next year alerting them of the campaign to promote LTC planning and of the availability of a free Long-Term Care Planning Kit. You may want to reinforce the importance of such planning as you counsel your patients.*

#### Background

*Components of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), including the Office of the Assistant Secretary for Planning & Evaluation (ASPE), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), and the Administration on Aging (AoA), are working with the National Governors Association to sponsor the Long-Term Care (LTC) Awareness Campaign, “Own Your Future.” The LTC Awareness Campaign represents a*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

única entre el gobierno federal y esos estados para ofrecer un mensaje importante a los consumidores con respecto a la planificación temprana del cuidado a largo plazo.

La Campaña de Educativa sobre LTC es un esfuerzo para aumentar la concientización pública sobre la necesidad de planificar para las necesidades futuras de cuidado a largo plazo. Hoy en día, muchas personas no piensan acerca de sus necesidades futuras de cuidado a largo plazo y, por lo tanto, no planifican apropiadamente. Generalmente se piensa que si los individuos y las familias están más conscientes acerca de su potencial necesidad de cuidado a largo plazo, estos serán más propensos a tomar acciones que los preparen para el futuro y a determinar cómo desean que sus necesidades sean satisfechas.

La Campaña de Concientización LTC incluye actividades de evaluación diseñadas para identificar las estrategias de comunicación más efectivas que puedan aumentar la concientización y que al mismo tiempo promuevan la planificación de actividades de cuidado a largo plazo. Las lecciones que aprendamos de esta campaña las utilizaremos en el diseño de futuras campañas de cuidado a largo plazo en otros estados.

La Campaña está entrando ahora en una tercera fase y se fundamenta en los éxitos alcanzados en las primeras dos fases, y que contaron con la participación de 9 estados: (Arkansas, Idaho, Kansas, Maryland, Nevada, New Jersey, Rhode Island, Virginia y Washington.) Dicha campaña cuenta con el apoyo de fondos adicionales que el Congreso hizo disponibles bajo el Acta de Reducción del Déficit de 2005.

### Información Adicional

La Campaña de Concientización LTC hace uso de materiales educativos para crear conciencia sobre el tema del cuidado a largo plazo que fueron diseñados, puestos a prueba y aprobados como parte de un esfuerzo anterior de concientización. Dichos materiales incluyen lo siguiente:

## Information and Education Resources for Providers

*unique partnership between the federal government and the states to offer an important message to consumers about planning ahead for long-term care.*

*The LTC Awareness Campaign is an effort to increase public awareness of the need to plan for future long-term care needs. Many people today do not think about their future long-term care needs and therefore fail to plan appropriately. It is strongly felt that if individuals and families are more aware of their potential need for long-term care, they will be more likely to take steps to prepare for the future and determine how they would like their needs to be met.*

*The LTC Awareness Campaign includes evaluation activities designed to identify communication strategies that prove most effective in increasing awareness and promoting increased long-term care planning activities. The lessons learned from this campaign will be used in the design of future long-term care awareness campaigns in other states.*

*The Campaign is now entering a third phase and builds upon the successes achieved in the first two phases in which nine states participated (Arkansas, Idaho, Kansas, Maryland, Nevada, New Jersey, Rhode Island, Virginia and Washington). It is supported with additional funds made available by Congress under the Deficit Reduction Act of 2005.*

### Additional Information

*The LTC Awareness Campaign uses long-term care awareness materials that were designed, tested, and approved as part of an earlier awareness effort, and the materials include the following:*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Folleto (con tarjeta para respuesta por correo) ofreciendo el “kit” de Planificación a Largo Plazo.
- “Kit” de Planificación a Largo Plazo que incluye lo siguiente:
  - Un folleto que describe lo que está y lo que no está cubierto por programas públicos relacionados con cuidado a largo plazo. El folleto también describe varias maneras de planificar anticipadamente, y cubre temas legales, evaluación de servicios, y evaluación de opciones financieras privadas.
  - Un CD con audio de entrevistas a personas involucradas en diferentes tipos de actividades de planificación de cuidado a largo plazo. Los consumidores en estados que están haciendo campañas pueden ordenar el “kit” de planificación libre de costo por teléfono (1-866-PLAN-LTC), por medio de la tarjeta de respuesta por correo, o a través del recién creado sitio Web para consumidores: <http://www.aoa.gov/ownyourfuture>. También pueden ordenar y recibir el “kit” de planificación “Own Your Future” de manera gratuita llamando al 1-866-PLAN-LTC.

También encontrará importante material adicional sobre la campaña “Own Your Future” en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/center/longtermcare.asp>. El material disponible presenta temas y decisiones que cualquier persona que esté pensando acerca de cuidado a largo plazo puede confrontar, por ejemplo:

- Modificación(es) al hogar,
- Dinámica de la familia prestando el cuidado, y
- Financiamiento del cuidado.

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

## Information and Education Resources for Providers

- *Brochure (with business reply card) offering the Long-Term Care Planning Kit.*
- *Long-Term Care Planning Kit featuring:*
  - *A brochure describing what is, and what is not, covered by public programs related to long-term care. The brochure also describes several ways to plan ahead, addressing legal issues, assessing services, and assessing private financing options.*
  - *An audio CD with interviews of persons engaged in several different types of long-term care planning activities. Consumers in campaign states may order the free Planning Kit by telephone (1-866-PLANLTC), business reply card, or at a newly-created consumer website (<http://www.aoa.gov/ownyourfuture>). Individuals outside the LTC Awareness Campaign states can download the Planning Kit at the consumer website (<http://www.aoa.gov/ownyourfuture>), or they can order and receive the free “Own Your Future” Planning Kit by calling 1-866-PLAN-LTC.*

*Additional important materials associated with the “Own Your Future” campaign are available at <http://www.cms.hhs.gov/center/longtermcare.asp> on the CMS website. The materials present issues and decisions that anyone thinking about long-term care may encounter such as:*

- *Home modification(s),*
- *Family care-giving dynamics, and*
- *Financing of care.*

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

SE0671/11-11-06/mlv-moa

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

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

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

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

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 -- 787-884-7214 mass@coqui.net - mass@massspr.com
Medical Computer Systems (Medical Biller 7.0)	--UPIN --Visit/Consultation --Diagnostic Test --Laboratory --Procedure	642 Greenwood Summit Hills San Juan, PR 00920 787-793-8833 -- Fax: 787-271-0281 medbiller@coqui.net
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 -- ciscar@caribe.net
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com
Advance Data Support (MedOne 2.0)	-Visit/Consultation	PO Box 8512 Bayamón, PR 00960 787-269-3830 , 787-269-5620, 787-841-0396 michaelj@adspr.com
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-590-3686, 787-793-0046, Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org

Updated: January 19, 2007-Systems Dept./HAR-MOA

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com -- brunet@caribe.net www.genius-msd.com
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com 787-620-2474 -- ctorres@infomedika.com
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 -- Fax (516) 868-9060 hcaincny@yahoo.com
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 -- FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101 FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) -- 800-527-8133 maryjo.vrotsos@mckesson.com
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 -- Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com
Per-Sé Technologies	-Visit/Consultation	1145 Sanctuary Parkway Suite 200 Alpharetta, GA 30004 770-237-4300 -- 877-73PERSE toll free www.per-se.com
Computer Innovations, Inc.	-Visit/Consultation	1484 Highland Avenue Cheshire, CT. 06410 203-272-1554
Xactimed Inc.	-Visit/Consultation	9400 North Central Expressway, Suite 700 Dallas, TX. 75231 214-692-4413 -- www.xactimed.com
HealthCareTek	-Visit/Consultation	7031 Grand National Drive Suite 110 Orlando, FL. 75231 407-251-4410 -- www.healthcaretek.com
EVERTEC, Inc. - Health Systems Division (MedOne 2.0 / MedicMAX)	-Visit/Consultation	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com

## Política Médica

### ESTIMULACIÓN DE LOS NERVIOS CAVERNOSOS MEDIANTE PLETISMOGRAFÍA PENIL

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE CAMBIÓ EL 6 DE DICIEMBRE DE 2006 PARA CORREGIR EL CÓDIGO HCPCS ASIGNADO A DICHA PRUEBA. EL ARTÍCULO HABÍA INDICADO INCORRECTAMENTE QUE SE PODÍA USAR EL CÓDIGO HCPCS 58899, PERO DEBIÓ HABER INDICADO QUE EL CÓDIGO HCPCS CORRECTO ES EL 55899. TAMBIÉN SE CAMBIÓ LA REFERENCIA A LOS CONTRATISTAS Y FIs PARA AÑADIR UNA REFERENCIA A LOS A/B MACs. EL RESTO DE LA INFORMACIÓN PERMANECE IGUAL.

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y hospitales que facturan a los Contratistas e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare que realizan la Estimulación de los Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil a beneficiarios de Medicare que se someten a procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorrectales de preservación de nervios.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Con vigencia para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 24 de agosto de 2006, Medicare no pagará por el procedimiento de Estimulación de Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil en beneficiarios de Medicare que se someten a procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorrectales de preservación de nervios.

El CR 5294, de donde se extrae este artículo, anuncia los resultados de una Determinación de Cubierta Nacional (NCD) que habla sobre la Estimulación de los Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil realizada a beneficiarios de Medicare que se someten a procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorrectales de preservación de nervios. Además, indica que CMS, después de revisar la evidencia, ha determinado que esta prueba no es razonable ni necesaria para los beneficiarios de Medicare que se someten a estos procedimientos.

## Medical Policy

### CAVERNOUS NERVES ELECTRICAL STIMULATION WITH PENILE PLETHYSMOGRAPH

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS CHANGED ON DECEMBER 6, 2006 TO CORRECT THE HCPCS CODE FOR THE TEST. THE ARTICLE HAD INCORRECTLY STATED TO USE HCPCS CODE 58899, BUT IT SHOULD HAVE STATED HCPCS CODE 55899. THE REFERENCE TO CARRIERS AND FIs WAS ALSO CHANGED TO ADD A REFERENCE TO A/B MACs. ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

#### Provider Types Affected

*Physicians and hospitals who bill Medicare fiscal intermediaries (FI) and carriers for performing Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography in Medicare beneficiaries undergoing nerve-sparing prostatic or colorectal surgical procedures.*

#### Provider Action Needed

*Effective for claims with dates of service on or after August 24, 2006, Medicare will not pay for performing Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography in Medicare beneficiaries undergoing nerve-sparing prostatic or colorectal surgical procedures.*

*CR 5294, from which this article is taken, announces the results of a national coverage determination (NCD) addressing Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography performed for Medicare beneficiaries undergoing nerve-sparing prostatic or colorectal surgical procedures. It states that CMS, after reviewing the evidence, has determined that this test is not reasonable and necessary for Medicare beneficiaries undergoing these procedures.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina está informado sobre este NCD.

### Trasfondo

La aplicación directa de la estimulación eléctrica mediante pletismografía penil (también conocido como delineamiento de nervios cavernosos) puede ser realizada en procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorectales de preservación de nervios, con el fin de evaluar la integridad y función de los nervios cavernosos.

Ya sea mediante un enfoque abierto o mediante laparoscopia, el cirujano puede evaluar la función de los nervios cavernosos mediante la estimulación de la parte más distal del nervio que puede ser localizada haciendo uso de un estimulador nervioso eléctrico. Un nervio funcional y estimulado provocará la corriente sanguínea, ya sea dentro o fuera del pene, lo cual puede detectarse mediante un sensor penil pletismográfico colocado alrededor del pene y conectado a una unidad de control estimulador de nervio. Si los nervios están intactos, la corriente sanguínea cavernosa causará pequeños cambios en la circunferencia penil, lo cual será detectado por el sensor. La presencia (y el grado) de una respuesta puede ser usada para brindar al cirujano una evaluación más realista de la probabilidad que existe de que un paciente recupere la potencia y le ayudará a seleccionar la terapia adecuada para el paciente.

Hasta ahora, los contratistas locales y FIs de Medicare tenían la opción de cubrir esta prueba cuando se determinaba que era médicamente necesaria para ese paciente particular, ya que no se había publicado una Determinación de Cubierto Nacional (NCD) o una Política de Cubierto Nacional de Medicare. Sin embargo, el 9 de diciembre de 2005, una solicitud de revisión de esta prueba dio inicio a un análisis de Cubierto Nacional.

El CR 5294, de donde se extrae este artículo, anuncia los resultados de este NCD. El mismo informa que CMS ha evaluado la evidencia y ha determinado que: **1) La Estimulación de los Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil no se**

## Medical Policy

### What You Need to Do

*Make sure that your billing staffs are aware of this NCD.*

### Background

*The direct application of electrical stimulation with penile plethysmography (also referred to as cavernosal nerve mapping) may be performed, in nerve-sparing prostatic and colorectal surgical procedures, to assess the integrity and function of the cavernous nerves.*

*Through either an open or laparoscopic approach, the surgeon can assess the function of the cavernous nerves by stimulating, with an electrical nerve stimulator, the most distal end of the nerve that can be located. A functioning and stimulated nerve will trigger blood flow either into or out of the penis, which can be detected via a penile plethysmography sensor fitted around the penis and connected to a nerve stimulator control unit. If the nerves are intact, cavernous blood flow will cause slight changes in penile girth, which the sensor can detect. The presence (and degree) of a response may be used to provide the surgeon with a more realistic assessment of the chance of the patient regaining potency and assist in choosing appropriate therapy.*

*Heretofore, local Medicare carriers/FIs had the discretion to cover this test whenever it was determined to be medically necessary for the individual patient, because a national coverage determination (NCD) or national Medicare coverage policy had not been issued. However, on December 9, 2005, a request for review of this test initiated a national coverage analysis.*

*CR 5294, from which this article is taken, announces the results of this NCD. It provides that CMS has reviewed the evidence and determined that: **1) Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography is not reasonable and***

Cont. on next page



## Política Médica

considera razonable y necesaria” para los beneficiarios de Medicare que se someten a procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorectales de preservación de nervios; y **2)** esta prueba **no está cubierta** bajo Medicare, según se especifica en el *Medicare National Coverage Manual* (100-03, Sección 160.26 - Estimulación de los Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil).

Con vigencia para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 24 de agosto de 2006, sus Contratistas y FIs no pagarán por estos servicios.

Los médicos deberán usar el código HCPCS 55899 para facturar esta prueba. Sus FIs y Contratistas suspenderán aquellas reclamaciones que contengan este código para determinar si esta prueba es el servicio que se está facturando, y rechazará la línea de la reclamación asociada con la misma mediante la Notificación de Medicare 21.11 (**Esta prueba no estaba cubierta por Medicare al momento de recibirla**).

Usted debe saber que sus FIs, A/B MACs y Contratistas no buscarán o ajustarán reclamaciones para pruebas pagadas antes del 8 de enero de 2007, pero sí ajustarán reclamaciones traídas a su atención. Además, tanto médicos como hospitales deberán hacer lo siguiente, según resulte apropiado:

1. Emitir la notificación de responsabilidad apropiada para los beneficiarios de Medicare que se someten a esta prueba;
2. Incluir el siguiente lenguaje al someter una Notificación Adelantada al Beneficiario (ABN por sus siglas en inglés):
  - **Bajo la Sección “Artículos o Servicio”:** Estimulación de los Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil.
  - **Bajo Sección “Porque/Razón”:** Tal como se especifica en la sección 160.26 del Manual NCD de Medicare, Medicare no pagará por esta prueba ya que no se considera “razonable y necesaria” para los beneficiarios de Medicare que se someten a procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorectales de preservación de nervios. Y/o

## Medical Policy

*necessary for Medicare beneficiaries undergoing nerve-sparing prostatic or colorectal surgical procedures, and 2) this test is **noncovered** under Medicare (as specified the Medicare National Coverage Manual (100-03, Section 160.26 (Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography).*

*Effective with claims with dates of service on or after August 24, 2006, your FIs and carriers will not pay for these services.*

*Physicians should use HCPCS code 55899 to bill this for test. Your FIs and carriers will suspend claims containing this code to determine whether this test is the service being billed, and will deny the line item associated with it, using Medicare Summary Notice 21.11 (**This test was not covered by Medicare at the time you received it**).*

*You should be aware that your FIs, A/B MACs and carriers will not search for, and adjust, claims for tests that have been paid prior to January 8, 2007, but they will adjust claims brought to their attention. Further, physicians and hospitals should, as appropriate:*

1. Issue the appropriate liability notice for Medicare beneficiaries having this test;
2. Include the following language when issuing an Advanced Beneficiary Notice (ABN):

- **Under “Items or Service” Section:** Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography.
- **Under “Because” Section:** As specified in section 160.26 of Medicare NCD Manual, Medicare will not pay for this test as it is not reasonable and necessary for Medicare beneficiaries undergoing nerve-sparing prostatic or colorectal surgical procedures. And/or

Cont. on next page

## Política Médica

3. Emitir una Notificación de No-Cobertura por parte del Hospital (HINN por sus siglas en inglés).

Si un médico no emite un ABN, el médico podría ser responsable por el costo de dicho servicio.

### Información Adicional

Para más información respecto al pago por Estimulación de Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil, refiérase al CR5294, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R61NCD.pdf>.

La sección revisada 160.26 (Estimulación de Nervios Cavernosos mediante Pletismografía Penil) del *Medicare National Coverage Manual* (Publicación 100-03) se incluye como un anejo a este CR.

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

## Medical Policy

3. Issue a hospital Issued Notice of Noncoverage (HINN).

*If a physician does not issue an ABN, the physician is liable for the service.*

### Additional Information

*You can find more information about payment for Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography by going to CR5294, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R61NCD.pdf> on the CMS site.*

*You will find revised section 160.26 (Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography) of the Medicare National Coverage Manual (Publication 100-03) as an attachment to this CR.*

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

Pub. MM5294/Trans. R61NCD/CR5294/12-29-06/mlv

## IMPLEMENTACIÓN DE PRUEBAS DE CERNIMIENTO DE ULTRASONIDO PARA LA DETECCIÓN DE ANEURISMA AÓRTICA ABDOMINAL (AAA)

### Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores que facturan a los Contratistas, Intermediarios Fiscales (FI's por sus siglas en inglés) y los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs por sus siglas en inglés) por pruebas de cernimiento de ultrasonido para la detección de Aneurisma Aórtica Abdominal.

### Trasfondo

Este artículo y el CR5235 relacionado resaltan el hecho de que la sección 5112 del *Deficit Reduction Act* (DRA) de 2005 permite el pago de una prueba de cernimiento de ultrasonido para la detección de Aneurisma Aórtica Abdominal (AAA por sus siglas en inglés) bajo la Parte B de Medicare, con vigencia para servicios prestados a partir del

## IMPLEMENTATION OF AN ULTRASOUND SCREENING FOR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS (AAA)

### Provider Types Affected

*All physicians and providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), and Medicare Administrative Contractors (MACs) for subject services.*

### Background

*This article and related CR5235 highlight the fact that section 5112 of the Deficit Reduction Act (DRA) of 2005 allows for one ultrasound screening for Abdominal Aortic Aneurysms (AAA) under Medicare Part B, effective for services furnished on or after*

Cont. on next page

## Política Médica

1 de enero de 2007, sujeto a ciertas limitaciones y otros aspectos de elegibilidad. Esta provisión también elimina el deducible anual de la Parte B para la prueba de cernimiento AAA.

### Puntos Clave

Este artículo y el CR 5235 definen los parámetros para la prueba AAA a los beneficiarios de Medicare, según se indica a continuación:

- El término “prueba de cernimiento de ultrasonido para la detección de aneurisma aórtica abdominal” significa:
  - Un procedimiento que utiliza ondas de sonido (o tales otros procedimientos haciendo uso de tecnologías alternativas, de precisión y costo proporcionado, según lo especifica el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por medio del proceso de determinación de cubierta nacional) provisto para la detección temprana de aneurismas aórticas abdominales; e
  - Incluye la interpretación de los resultados del procedimiento.
- Con vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, Medicare pagara por una (1) prueba de cernimiento de ultrasonido para la detección de AAA, para beneficiarios que cumplen con los siguientes criterios:
  - El beneficiario tiene un referido para una prueba de cernimiento mediante ultrasonido como resultado de un examen físico inicial preventivo (IPPE por sus siglas en inglés). (Refiérase al artículo MLN Matters MM3638 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3638.pdf>.)
  - El beneficiario recibe tal prueba de cernimiento mediante ultrasonido de un proveedor o suplidor autorizado a proveer dichos servicios diagnósticos cubiertos.
  - El beneficiario no ha sido objeto previamente de tal prueba de cernimiento mediante ultrasonido bajo el Programa Medicare.

## Medical Policy

*January 1, 2007, subject to certain eligibility and other limitations. This provision also waives the annual Part B deductible for the AAA screening test.*

### Key Points

*This article and CR5235 define the parameters for AAA to Medicare beneficiaries as follows:*

- *The term “ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm” means:*
  - *A procedure using sound waves (or such other procedures using alternative technologies, of commensurate accuracy and cost, as specified by the Secretary of Health and Human Services through the national coverage determination process) provided for the early detection of abdominal aortic aneurysms; and*
  - *Includes a physician’s interpretation of the results of the procedure.*
- *Effective for dates of service on and after January 1, 2007 Medicare will pay for a one-time ultrasound screening for AAA, for beneficiaries who meet the following criteria:*
  - *Receives a referral for such an ultrasound screening as a result of an initial preventive physical examination (IPPE) (See MLN Matters article MM3638 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3638.pdf> for more details on the IPPE.)*
  - *Receives such ultrasound screening from a provider or supplier who is authorized to provide covered diagnostic services.*
  - *Has not been previously furnished such an ultrasound screening under the Medicare Program.*

Cont. on next page

## Política Médica

-- El beneficiario está incluido en, al menos, una de las siguientes categorías de riesgo:

1. Tiene historial familiar de aneurisma aórtica abdominal;
2. Es hombre entre los 65 y los 75 años de edad, que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida.
3. Es un beneficiario que manifiesta otros factores de riesgo en una categoría de beneficiarios recomendada para pruebas de cernimiento por el *United States Preventive Task Force* sobre el AAA, según se especifica por el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos, mediante el proceso de determinaciones de cubierta nacional.

### Pago

- El deducible de la parte B de Medicare para pruebas de cernimiento para la detección de AAA queda eliminado a partir del 1 de enero de 2007, pero aplicará un co-aseguro.
- Si la prueba de cernimiento es suministrada en la oficina de un médico, el servicio se facturará al Contratista mediante el uso del código HCPCS G0389: *Ultrasound, B-scan and/or real time with image documentation; for abdominal aortic aneurysm (AAA) screening.*
  - Descripción Breve: "Ultrasound exam AAA screen"
  - Modificadores: TC, 26 (el uso de modificadores es opcional)
  - El pago se hará según las tarifas establecidas en el MPFS.

**Los FIs pagarán por la prueba de cernimiento AAA solamente** cuando los servicios son prestados en un hospital, incluyendo **Hospitales de Cuidado Agudo (CAH)** por sus siglas en inglés) e Instalaciones de Servicios a Indígenas (**IHS** por sus siglas en inglés), o **SNFs, RHCs** o **FQHCs**, y sometidos en uno de los siguientes tipos de factura (TOBs por sus siglas en inglés): **12X, 13X, 22X, 23X, 71X, 73X, 85X.**

## Medical Policy

-- *Is included in at least one of the following risk categories:*

1. *Has a family history of abdominal aortic aneurysm;*
2. *Is a man age 65 to 75 who has smoked at least 100 cigarettes in his lifetime;*
3. *Is a beneficiary, who manifests other risk factors in a beneficiary category recommended for screening by the United States Preventive Services Task Force regarding AAA, as specified by the Secretary of Health and Human Services, through the national coverage determinations process.*

### Payment

- *The Part B deductible for screening AAA is waived effective January 1, 2007, but coinsurance is applicable.*
- *If the screening is provided in a physician office, the service is billed to the carrier using the HCPCS code G0389: Ultrasound, B-scan and/or real time with image documentation; for abdominal aortic aneurysm (AAA) screening.*
  - *Short Descriptor: Ultrasound exam AAA screen*
  - *Modifiers: TC, 26 (modifiers are optional)*
  - *Payment is under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).*

**FIs will pay for the AAA screening only** when the services are performed in a hospital, including a **CAH, IHS facility, an SNF, RHC, or FQHC** and submitted on one of the following types of bills (TOBs): **12X, 13X, 22X, 23X, 71X, 73X, 85X.**

Cont. on next page

## Política Médica

La tabla que sigue describe la metodología de pago que utilizará Medicare para el pago de pruebas de cernimiento AAA:

## Medical Policy

The following table describes the payment methodology Medicare will use for AAA Screening:

Facility	Type of Bill	Payment
Hospitals subject to OPPS	12X, 13X	OPPS
Method I and Method II Critical Access Hospitals (CAHs)	12X and 85X	101% of reasonable cost
IHS providers	13X, revenue code 051X	OMB-approved outpatient per visit all inclusive rate (AIR)
IHS providers	12X, revenue code 024X	All-inclusive inpatient ancillary per diem rate
IHS CAHs	85X, revenue code 051X	101% of the all-inclusive facility specific per visit rate
IHS CAHs	12X, revenue code 024X	101% of the all-inclusive facility specific per diem rate
SNFs **	22X, 23X	Non-facility rate on the MPFS
RHCs*	71X, revenue code 052X	All-inclusive encounter rate
FQHCs*	73X, revenue code 052X	All-inclusive encounter rate
Maryland Hospitals under jurisdiction of the Health Services Cost Review Commission (HSCRC)	12X, 13X	94% of provider submitted charges or according to the terms of the Maryland Waiver

\*Si la prueba de cernimiento es suministrada en un RHC o FQHC, la porción del servicio profesional se factura al FI mediante el TOB 71x o 73x, respectivamente, y el "revenue code" del lugar del servicio correspondiente en la serie de "revenue codes" 052x. Si la prueba de cernimiento es suministrada en una instalación RHC o FQHC independiente, el componente técnico del servicio puede ser facturado por el profesional de la salud al Contratista bajo la identificación del profesional, siguiendo las instrucciones para someter reclamaciones de proveedores de servicios de salud al Contratista de Medicare. Si la prueba de cernimiento es suministrada en una instalación RHC/FQHC ubicada en un hospital, el componente técnico del servicio puede ser facturado por el proveedor base al FI bajo la identificación del proveedor base, siguiendo las instrucciones para someter reclamaciones a los FIs de parte del proveedor base.

\*\*Las provisiones de facturación consolidada SNF permiten pagos separados bajo la Parte B para pruebas de cernimiento a beneficiarios en estadios SNF de la Parte A; sin embargo, el SNF debe someter dichos servicios en el tipo de factura 22x. Los servicios de pruebas de cernimiento prestados por otros tipos de proveedores deben ser reembolsados por el SNF.

*\*If the screening is provided in an RHC or FQHC, the professional portion of the service is billed to the FI using TOBs 71x and 73x, respectively, and the appropriate site of service revenue code in the 052x revenue code series. If the screening is provided in an independent RHC or freestanding FQHC, the technical component of the service can be billed by the practitioner to the carrier under the practitioner's ID following instructions for submitting practitioner claims to the Medicare carrier. If the screening is provided in a provider-based RHC/FQHC, the technical component of the service can be billed by the base provider to the FI under the base provider's ID, following instructions for submitting claims to the FI from the base provider.*

*\*\*The SNF consolidated billing provision allows separate part B payment for screening services for beneficiaries that are in skilled Part A SNF stays, however, the SNF must submit these services on a 22x bill type. Screening services provided by other provider types must be reimbursed by the SNF.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 2 de enero de 2007.

**Información sobre Notificación Avanzada a Beneficiarios:** Los contratistas de Medicare denegarán el servicio de prueba de cernimiento AAA que se facture más de una vez en la vida del beneficiario.

Si se factura un código G0389 por concepto de servicios de cernimiento AAA dos veces para el mismo beneficiario, o si no se cumple con cualquiera de los criterios estatutarios de cubierta enumerados en la Sección 1861(s)(2)(AA) del Acta de Seguro Social, el servicio sería denegado mediante una “denegación técnica” (estatutaria) bajo la Sección 1861(s)(2)(AA), porque no se considera necesidad médica.

Si el proveedor no puede determinar si el beneficiario ha recibido o no los servicios de pruebas de cernimiento AAA anteriormente, pero se ha cumplido con el resto de los requisitos técnicos de cubierta, el proveedor debe emitir un ABN-G. De igual modo, si se ha cumplido con todos los requisitos técnicos de cubierta, pero aún existe duda sobre la necesidad médica del servicio, el proveedor deberá emitir un ABN-G.

### Información Adicional

La instrucción oficial del CR5235, enviada a su Contratista de Medicare, FI, MAC, FQHC, RHC, SNF o CAH sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1113CP.pdf>.

El *Medicare Claims Processing Manual*, Publicación 100-04, Capítulo 18, ha sido actualizado a fin de incluir los requisitos para el implementación de la Sección 5112 del DRA de 2005. Las nuevas secciones de este capítulo tratan sobre el pago y escenarios permitidos para pruebas de cernimiento AAA, y las secciones se incluyen como anejo al CR5235.

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

## Medical Policy

### Implementation

*The implementation date for this instruction is January 2, 2007.*

**Information Regarding Advanced Beneficiary Notices:** *Medicare contractors will deny an AAA screening service billed more than one in a beneficiary's lifetime.*

*If a second G0389 is billed for AAA for the same beneficiary or if any of the other statutory criteria for coverage listed in Section 1861(s)(2)(AA) of the Social Security Act are not met, the service would be denied as a statutory (technical) denial under Section 1861(s)(2)(AA), not a medical necessity denial.*

*If a provider cannot determine whether or not the beneficiary has previously had an AAA screening, but all of the other statutory requirements for coverage have been met, the provider should issue the ABN-G. Likewise, if all of the statutory requirements for coverage have been met, but a question of medical necessity still exists, the provider should issue the ABN-G.*

### Additional Information

*The official instructions for CR 5235, issued to your Medicare carrier, FI, MAC, FQHC, RHC, SNF, or CAH regarding this change can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1113CP.pdf> on the CMS web site. The Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 18, has been updated to include the requirements to implement section 5112 of the DRA of 2005. The new sections of this chapter address the payment and allowable settings for AAA and the sections are attached to CR5235.*

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

Pub. MM5235/Trans. R1113CP/CR5235/12-18-06/mlv

## Política Médica

### EQUIPOS DE TERAPIA INFRARROJA

#### Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare, Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés), Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME/MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y/o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), por el uso de aparatos de terapia infrarroja en el tratamiento de neuropatía sensorial periférica diabética, no-diabética, heridas o úlceras en la piel o en tejidos subcutáneos en beneficiarios de Medicare.

#### Impacto en los Proveedores

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5421. Vigente para servicios prestados a partir el 24 de octubre de 2006, los Centros de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) establecieron una Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) que indica que el uso de luz infrarroja o casi infrarroja o calor, incluso energía infrarroja monocromática (MIRE por sus siglas en inglés) **no está cubierto para el tratamiento** de la neuropatía sensorial periférica en diabéticos y no diabéticos, heridas o úlceras en la piel o en tejidos subcutáneos (inclusive síntomas como el dolor que surge de estas condiciones) en beneficiarios de Medicare.

#### Trasfondo

El uso de aparatos de terapia infrarroja ha sido propuesto para una variedad de desórdenes, hasta el tratamiento de neuropatía diabética, otras neuropatías periféricas, úlceras y heridas en la piel, así como condiciones relacionadas similares, también para síntomas como el dolor que surge de esas condiciones. Actualmente existe una amplia variedad de aparatos

## Medical Policy

### INFRARED THERAPY DEVICES

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers who submit claims to Medicare carriers, Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), durable medical equipment regional carriers (DMERCs), DME Medicare administrative contractors (DME/MACs), fiscal intermediaries (FIs), and/or regional home health intermediaries (RHHIs), for the use of infrared therapy devices for treatment of diabetic and/or non-diabetic peripheral sensory neuropathy, wounds and/or ulcers of the skin and/or subcutaneous tissues in Medicare beneficiaries.*

#### Impact on Providers

*This article is based on Change Request (CR) 5421. Effective for services performed on or after October 24, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has made a National Coverage Determination (NCD) stating the use of infrared and/or near-infrared light and/or heat, including monochromatic infrared energy (MIRE), **is non-covered for the treatment**, including symptoms such as pain arising from these conditions, of diabetic and/or non-diabetic peripheral sensory neuropathy, wounds and/or ulcers of the skin and/or subcutaneous tissues in Medicare beneficiaries.*

#### Background

*The use of infrared therapy devices has been proposed for a variety of disorders, including treatment of diabetic neuropathy, other peripheral neuropathy, skin ulcers and wounds, and similar related conditions, including symptoms such as pain arising from these conditions. A wide variety of devices*

Cont. on next page

## Política Médica

disponibles. Previamente, no existía un NCD sobre el uso de aparatos de terapia infrarroja, dejando la decisión sobre cubierta a los Contratistas Locales de Medicare.

A partir del 24 de octubre de 2006, entran en vigor los siguientes requisitos:

- **Con vigencia para servicios prestados a partir del 24 de octubre de 2006**, los aparatos de terapia infrarroja, Códigos HCPCS E0221 (*infrared heating pad system*) y A4639 (*infrared heating pad replacement*) **no están cubiertos** como Equipo Médico Duradero (DME) o como servicios PT/OT cuando se usan para el tratamiento de neuropatía sensorial periferal en diabéticos o no diabéticos, heridas, úlceras en la piel o en tejidos subcutáneos.
- Las reclamaciones con el código CPT 97026 (*infrared therapy incident to or as PT/OT benefit*) y el código HCPCS E0221 o A4639, serán denegadas si están acompañados por los siguientes códigos ICD-9:
  - 250.60-250.63,
  - 354.4, 354.5, 354.9,
  - 355.1-355.4,
  - 355.6-355.9
  - 356.0, 356.2-356.4, 356.8-356.9,
  - 357.0-357.7,
  - 674.10, 674.12, 674.14, 674.20, 674.22, 674.24,
  - 707.00-707.07, 707.09-707.15, 707.19,
  - 870.0-879.9,
  - 880.00-887.79,
  - 890.0-897.7, or
  - 998.31-998.32.

Note que la denegación de reclamaciones por concepto de terapia infrarroja para las indicaciones mencionadas anteriormente aplica a todos los escenarios, y afecta a los TOBs 12X, 13X, 22X, 23X, 34X, 74X, 75X y 85X.

## Medical Policy

*are currently available. Previously there was no NCD concerning the use of infrared therapy devices, leaving the decision to cover or not cover up to local Medicare contractors.*

*The following requirements are in effect as of October 24, 2006*

- **Effective for services performed on or after October 24, 2006**, infrared therapy devices, HCPCS codes E0221 (*infrared heating pad system*) and A4639 (*infrared heating pad replacement*) **are non-covered** as DME or PT/OT services when used for the treatment of diabetic and/or non-diabetic peripheral sensory neuropathy, wounds, and/or ulcers of the skin and/or subcutaneous tissues.
- *Claims will be denied with CPT 97026 (infrared therapy incident to or as a PT/OT benefit) and HCPCS E0221 or A4639, if they are accompanied by the following ICD-9 codes:*
  - 250.60-250.63,
  - 354.4, 354.5, 354.9,
  - 355.1-355.4,
  - 355.6-355.9
  - 356.0, 356.2-356.4, 356.8-356.9,
  - 357.0-357.7,
  - 674.10, 674.12, 674.14, 674.20, 674.22, 674.24,
  - 707.00-707.07, 707.09-707.15, 707.19,
  - 870.0-879.9,
  - 880.00-887.79,
  - 890.0-897.7, or
  - 998.31-998.32.

*Note that denial of infrared therapy claims for the indications listed above applies to all settings, and affects Types of bills (TOBs) 12X, 13X, 22X, 23X, 34X, 74X, 75X and 85X.*

Cont. on next page



## Política Médica

Si usted somete una reclamación para alguno de estos servicios no cubiertos, su paciente recibirá un mensaje en el Aviso de Resumen de Medicare (MSN por sus siglas en inglés) con el siguiente mensaje: **“Este servicio no estaba cubierto por Medicare cuando usted lo recibió.”**

Si usted somete una reclamación por uno de los servicios no cubiertos, usted recibirá un aviso de remesa con el siguiente mensaje: Código de Razón de Ajuste 50: **“Estos servicios no están cubiertos porque no son considerados ‘médicamente necesarios’ por parte del pagador.”**

Médicos, Terapistas Físicos, Terapistas Ocupacionales, Instalaciones de Rehabilitación Ambulatoria (ORFs por sus siglas en inglés), Instalaciones de Servicios Comprehensivos de Rehabilitación Ambulatoria (CORFs por sus siglas en inglés), Agencias de Servicios de Salud en el Hogar (HHAs por sus siglas en inglés), y departamentos ambulatorios de un hospital deben notar **que serán responsables** si el servicio fue prestado, a menos que el beneficiario haya firmado el formulario *Advanced Beneficiary Notice* (ABN).

Los suplidores DME y las instalaciones HHA deben estar informados **que son responsables** por los aparatos cuando los suministran, a menos que el beneficiario firme un ABN.

### Información Adicional

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

Para obtener detalles completos sobre esta Petición de Cambio, refiérase a la instrucción oficial (CR5421) enviada a su Contratista Medicare A/B MAC, FI, DME MAC, RHHI o Contratista de la Parte B. Hay dos transmisiones relacionadas con el CR5421. La primera es la transmisión de determinación de cubierta nacional, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R62NCD.pdf>. Existe, además, otra transmisión relacionada en la revisión al Medicare Claims Processing Manual, la cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1127CP.pdf>.

## Medical Policy

*If you submit a claim for one of the non-covered services, your patient will receive the Medicare Summary Notice (MSN) message stating “This service was not covered by Medicare at the time you received it”. The Spanish translation is: “Este servicio no estaba cubierto por Medicare cuando usted lo recibió.”*

*If you submit a claim for one of the non-covered services you will receive a remittance advice notice that reads: Claim Adjustment Reason Code 50, “These are non-covered services because this is not deemed a ‘medical necessity’ by the payer.”*

*Physicians, physical therapists, occupational therapists, outpatient rehabilitation facilities (ORFs), comprehensive outpatient rehabilitation facilities (CORFs), home health agencies (HHAs), and hospital outpatient departments should note that **you are liable** if the service is performed, unless the beneficiary signs an *Advanced Beneficiary Notice* (ABN).*

*DME suppliers and HHA be aware that **you are liable** for the devices when they are supplied, unless the beneficiary signs an ABN.*

### Additional Information

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

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5421) issued to your Medicare A/B MAC, FI, DME MAC, RHHI, or carrier. There are actually two transmittals associated with CR5421. The first is the national coverage determination transmittal, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R62NCD.pdf> on the CMS website. In addition, there is a transmittal related to the Medicare Claims Processing Manual revision, which is at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1127CP.pdf> on the CMS site.*

Pub. / Trans. R1127CP & R62NCD/CR5421/12-21-06/mlv

## Política Médica

### SERVICIOS PROLONGADOS Y SERVICIOS “STANDBY” (CÓDIGOS 99354 – 99360)

Para facturar servicios prolongados usted debe haber provisto un Servicio de Evaluación y Manejo (E&M) y exceder la duración típica de los códigos CPT de Evaluación y Manejo de contacto cara a cara entre el médico y el paciente por al menos 30 minutos, de modo que la duración total del servicio directo del médico (cara a cara) incluyendo la visita, es igual o excede el límite de tiempo establecido para el servicio de evaluación y manejo que el médico provee (el tiempo típico, más 30 minutos). Si la duración total del contacto directo no es igual o no excede el límite de tiempo para el código CPT del servicio de Evaluación y Manejo que el médico prestó, el médico no podrá facturar por servicios prolongados debido a que el tiempo en exceso de la duración total del código E&M es menos de 30 minutos, y se considera parte del servicio E&M prestado.

El componente de tiempo para servicios prolongados tiene que estar documentado de manera explícita en el expediente. El no describir el servicio (tiempo real de contacto cara a cara entre médico y paciente) invalidará la requisición de pago. El tiempo dedicado a la observación por parte del personal de enfermería no podrá ser facturado como tiempo de servicios prolongados.

No se requiere acompañar documentación con la reclamación de servicios prolongados, a menos que el médico haya sido seleccionado para revisión médica. Los médicos deben someter documentación de apoyo a las reclamaciones de servicios prolongados en el expediente médico del paciente. La documentación debe indicar la duración y contenido del código de evaluación y manejo que se factura y debe evidenciar que el médico **personalmente** prestó un servicio directo de, al menos, 30 minutos adicionales al tiempo típico requerido por el servicio de evaluación y manejo.

## Medical Policy

### PROLONGED SERVICES AND STANDBY SERVICES (CODES 99354 - 99360)

*To bill prolonged services you must have provided an Evaluation and Management (EM) Service and exceed the Current Procedural Terminology (CPT) EM codes typical duration of face to face contact between the physician and the patient by at least 30 minutes, so the total duration of all physician direct face-to-face service (including the visit) equals or exceeds the threshold time for the evaluation and management service the physician provided (typical time plus 30 minutes). If the total duration of direct face-to-face time does not equal or exceed the threshold time for the CPT code of the evaluation and management service the physician provided, the physician may not bill for prolonged services because the time exceeded from the typical duration of the EM code that is less than 30 minutes is considered part of the EM service rendered.*

*The time component for prolonged services must be explicit in the record. Failure to describe this (actual time of face to face contact of the physician and the patient) will invalidate the request for payment. Time spent in observation by nursing staff can not be billed as time of prolonged services.*

*No documentation is required with the claim for prolonged services unless the physician has been targeted for medical review. Physicians must support billing for prolonged services in the medical record. The documentation must show the duration and content of the evaluation and management code billed and that the physician has **personally** furnished at least 30 minutes of direct service in addition to the typical time of the evaluation and management service.*

Cont. on next page

## Política Médica

Los códigos CPT de servicios prolongados **99354-99358** no son aceptables a menos que estén acompañados por otro código de servicio de Evaluación y Manejo. Los códigos CPT de servicios prolongados en oficina o ambulatorios **99354** (primera hora) y **99355** (cada 30 minutos adicionales) serán pagaderos cuando se facturan en el mismo día y por el mismo médico que prestó el servicio con código de evaluación y manejo de acompañante. Los códigos acompañantes CPT para el código **99354** son **99201-99205, 99212-99215, 99241-99245, 99341-99345, y 99347-99350**. Los códigos acompañantes CPT para el código **99355** son **99354** y uno para los códigos de evaluación y manejo requeridos para el **99354**. Los códigos de acompañante para servicios prolongados a paciente hospitalizado para el código **99356** (primera hora) son **99221-99223, 99231-99233, 99251-99255** y los códigos acompañantes para el código **99357** (cada 30 minutos adicionales) son el **99356** y un código de evaluación y manejo requerido para que el código **99356** pueda ser utilizado.

Solamente la duración del contacto cara a cara entre médico y paciente (si el servicio fue o no continuo), más allá del tiempo típico del código de visita facturado, será contado para determinar si los servicios prolongados pueden ser facturados y para determinar los códigos de servicios prolongados que son permitidos. En el caso de servicios prolongados, el tiempo que pasa el personal de oficina o de enfermería con el paciente no podrá ser facturado como tiempo correspondiente a servicios prolongados. El tiempo que el paciente permanece sin compañía no puede facturarse como tiempo correspondiente a servicios prolongados. El tiempo que pasa el médico esperando por resultados de laboratorio, por cambios en la condición de salud del paciente, esperando a que termine una terapia, o por el uso de las instalaciones, no puede facturarse como servicios prolongados.

## Medical Policy

*Prolonged services CPT codes **99354-99358** are not acceptable unless they are accompanied by another EM service code. Prolonged office or outpatient services CPT codes **99354** (first hour) and **99355** (each additional 30 minutes) will be paid when billed on the same day and by the same physician that performed the companion evaluation and management code. The companion CPT codes for **99354** are **99201-99205, 99212-99215, 99241-99245, 99341-99345, and 99347-99350**. The companion CPT codes for **99355** are **99354** and one of the evaluation and management codes required for **99354**. The companion codes for prolonged inpatient service code **99356** (first hour) are **99221-99223, 99231-99233, 99251-99255** and the companion codes for **99357**(each additional 30 minutes) are **99356** and one of the evaluation and management codes required for **99356** to be used.*

*Only the duration of direct face-to-face contact between the physician and the patient (whether the service was continuous or not) beyond the typical time of the visit code billed will be counted to determine whether prolonged services can be billed and to determine the prolonged services codes that are allowable. In the case of prolonged services, time spent with the patient by office staff or nursing staff cannot be billed as time corresponding to prolonged services. The time the patient remains unaccompanied cannot be billed as time corresponding to prolonged services. The time spent waiting for test results, for changes in the patient's condition, for end of a therapy, or for use of facilities cannot be billed as prolonged services.*

Cont. on next page

## Política Médica

Según se establece en el *Medicare Claims Processing Manual*, no se emitirá pago alguno por concepto de servicios prolongados por los códigos **99358** y **99359**. Estos códigos no requieren contacto directo y, por lo tanto, el pago por estos servicios se incluye en el pago por servicios cara a cara que el médico factura. El médico no puede facturar al paciente por estos servicios ya que se trata de servicios cubiertos por Medicare y el pago está incluido en el pago de otros servicios facturables.

Respecto al código de servicio “en espera” o “stand-by” **99360**, los servicios “stand-by” no son pagaderos al médico. Los médicos no pueden facturar a Medicare ni a los pacientes por concepto de servicios “stand-by”. El pago de servicios “stand-by” se incluye en el pago de la Parte A de Medicare que se paga a la instalación médica. Tales servicios forman parte de los costos del hospital para brindar cuidados de calidad. Si los hospitales pagan a los médicos por los servicios “stand-by”, dichos servicios forman parte de los costos del hospital.

Para un paciente específico, en un día específico, el médico solamente podrá facturar una unidad por día de los códigos **99354** y **99356**. Una unidad de los códigos **99355** y **99357** puede facturarse por cada incremento adicional de 30 minutos, más allá del límite de tiempo correspondiente a la suma del código E&M y la primera hora de servicios prolongados. Por ejemplo, si un médico llevó a cabo una visita que cumplió con la definición del código de visita **99215** y la duración total del contacto directo (cara a cara), incluyendo la visita, fue de 129 minutos, entonces el médico puede facturar los códigos **99215** con un código de tiempo típico de 40 minutos, **99354**, con su límite de tiempo de 70 minutos, y 1 unidad de código **99355** luego de alcanzar su límite de tiempo de 115 minutos.

## Medical Policy

*As established in the Medicare Claims Processing Manual no payment will be issued for prolonged services codes **99358** and **99359**. These codes do not require any direct patient contact and therefore payment for these services is included in the payment for direct face-to-face services that physicians bill. The physician cannot bill the patient for these services since they are Medicare covered services and payment is included in the payment for other billable services.*

*Regarding physician standby service code **99360**, standby services are not payable to physicians. Physicians may not bill Medicare or beneficiaries for standby services. Payment for standby services is included in the Part A payment to the facility. Such services are a part of hospital costs to provide quality care. If hospitals pay physicians for standby services, such services are part of hospital costs to provide quality care.*

*For a given patient in a given day a physician can only bill one unit a day of codes **99354** and **99356**. One unit of codes **99355** and **99357** can be billed for each additional increment of 30 minutes beyond the corresponding threshold time of the sum of the EM code and the first hour of prolonged services. For example if a physician performed a visit that met the definition of visit code **99215** and the total duration of the direct face-to-face contact (including the visit) was 129 minutes, then the physician can bill codes **99215** with a typical time of code of 40 minutes, **99354** with its threshold time of 70 minutes, and 1 unit of code **99355** after reaching its threshold time of 115 minutes.*

Prolonged ServicesFY2007 JLS/mlv-rrc

## Política Médica

### MONITORIZACIÓN DE RESPUESTA CARDIACA MEDIANTE TEB (THORACIC ELECTRICAL BIOIMPEDANCE)

#### Proveedores Afectados

Médicos facturando a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) o a los Contratistas de la Parte B por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) reconsideraron la política de cubierta de Medicare del “TEB” para el tratamiento de hipertensión resistente a medicamentos y decidieron retener la cubierta actual, según aparece escrito en la Sección 20.16 del National Coverage Determinations Manual (NCD por sus siglas en inglés).

Vigente para servicios prestados a partir del 24 de noviembre de 2006, las políticas actuales para la monitorización de respuesta cardiaca mediante TEB que se enumeran en la Sección 20.16 del Manual NCD permanecerán sin cambio. Los Contratistas A/B MACs y los Contratistas de la Parte B de Medicare continuarán haciendo aquellas determinaciones que sea necesario y razonable para el uso de TEB en relación al tratamiento de hipertensión resistente a medicamentos solamente. Todas las demás políticas sobre “cubierta” o “no cubierta” en la Sección 20.16 permanecen en efecto.

#### Información Adicional

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

Para información detallada sobre esta Petición de Cambio (CR), **incluyendo las revisiones a la sección 20.16 del Manual NCD**, refiérase a la instrucción oficial (CR5414) enviada a su Contratista o Contratista MAC A/B de Medicare. Este documento se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R63NCD.pdf>.

## Medical Policy

### CARDIAC OUTPUT MONITORING BY THORACIC ELECTRICAL BIOIMPEDANCE (TEB)

#### Provider Types Affected

*Physicians who bill Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), or Medicare carriers for services to Medicare beneficiaries.*

#### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) reconsidered the Medicare coverage policy for TEB for drug-resistant hypertension and decided to retain current coverage as written in section 20.16 of the National Coverage Determinations (NCD) Manual.*

*Effective for dates of service on and after November 24, 2006, the current policies for cardiac output monitoring by TEB listed at section 20.16 of the NCD Manual will remain the same. Medicare A/B MACs and carriers will continue to make reasonable and necessary determinations for the use of TEB related to drug-resistant hypertension only. All other coverage and non-coverage policies at section 20.16 remain in effect.*

#### Additional Information

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

*For complete details regarding this Change Request (CR) **including the revised section of 20.16 of the NCD manual**, please see the official instruction (CR5414) issued to your Medicare A/B MAC or carrier. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R63NCD.pdf> on the CMS web site.*

Pub. MM5414 / Trans R63NCD / CR5414 / 12-15-06 / mlv rrc

## Política Médica

### ACLARACIÓN DE LAS EXCEPCIONES A LAS LIMITACIONES FINANCIERAS DE TERRAPIAS AMBULATORIAS

#### Proveedores Afectados

Proveedores, médicos y profesionales de salud (NPPs por sus siglas en inglés) que facturan a los contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], incluyendo a los Contratistas Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés],) por concepto de servicios de terapia bajo la Parte B de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

La petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 4364, publicada el 15 de febrero de 2006, describía el proceso de excepción a los límites establecidos para servicios de terapia ambulatoria (terapia física y terapia ocupacional). El CR-5271, en el cual se basa este artículo, aclara preguntas que han surgido (ver más adelante) sobre el proceso de excepción. Por tanto, el propósito principal del artículo es informativo. Además, le recuerda que el proceso de excepción termina después del 31 de diciembre de 2006.

#### Trasfondo

Una breve información histórica puede ser beneficiosa sobre este punto. El "Balanced Budget Act" del 1997 impuso limitaciones financieras a los servicios de terapia cubiertos por Medicare (Límites financieros de Terapia), implementadas en 1999, y nuevamente (por un breve período de tiempo), en 2003. El congreso otorgó una moratoria a estos límites durante los años 2004 y 2005, pero dicha moratoria ya no está vigente y los límites de terapia cobraron vigencia nuevamente el 1 de enero de 2006. Sin embargo, el Congreso estableció por medio del *Deficit Reduction Act* (solamente para el año calendario 2006) excepciones a los límites de

## Medical Policy

### OUTPATIENT THERAPY CAP EXCEPTIONS CLARIFICATIONS

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*CR 4364, released February 15, 2006, described the exception process to the caps set on outpatient therapy services (physical therapy and occupational therapy). CR 5271, upon which this article is based, clarifies questions (below) that have arisen about this exception process. Thus, the article is meant primarily for informational purposes. It also reminds you that the exception process stops after December 31, 2006.*

#### Background

*A brief history may be beneficial at this point. The Balanced Budget Act of 1997 placed Financial limitations on Medicare covered therapy services (therapy caps), that were implemented in 1999 and again for a short time in 2003. Congress placed moratoria on these caps for 2004 and 2005, but the moratoria are no longer in place, and the caps were re-implemented on January 1, 2006. However, Congress, through the Deficit Reduction Act has provided that (only for*

Cont. on next page

## Política Médica

terapia pueden implementarse cuando se determina que proveer servicios adicionales de terapia es médicamente necesario. **Este proceso termina luego del 31 de diciembre de 2006.**

### Evaluación del Proceso de Excepción

La Sección 1833(g)(5) del *Social Security Act* provee que, **para servicios prestados durante el año calendario 2006**, los FI, RHHIs y contratistas pueden, en ciertas circunstancias, otorgar excepciones a los límites de terapia a petición del individuo inscrito bajo los beneficios de la Parte B de Medicare (o a petición de la persona que representa a tal individuo).

El Proceso de Excepción consta de dos categorías:

#### 1. Proceso Automático de Excepciones

Los beneficiarios de Medicare estarán automáticamente exentos del límite de terapia y no tendrán que someter peticiones de excepción ni documentación si cumplen con las condiciones específicas y las complejidades mencionadas en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 5 (según revisado por el CR4364) para excepción a los límites de terapia para 2006.

#### 2. Proceso Manual de Excepciones

Los beneficiarios de Medicare pueden solicitar una excepción utilizando el proceso manual de excepciones a los límites financieros de terapias, si sus médicos entienden que los beneficiarios requerirán visitas de terapias adicionales que aquellas cubiertas bajo el límite financiero, pero los pacientes no cumplen con al menos uno de los criterios para excepciones automáticas.

### Aclaraciones a preguntas generadas por el CR4364

Su FI, RHHI o contratista:

## Medical Policy

*calendar year 2006*) exceptions to caps may be made when provision of additional therapy services is determined to be medically necessary. **This process ends after December 31, 2006.**

### Review of this exception process

Section 1833(g)(5) of the *Social Security Act* provides that, **for services provided during calendar year 2006**, FIs, RHHIs, and carriers can, in certain circumstances, grant an exception to the therapy cap when requested by the individual enrolled under the Part B benefit (or by a person acting on behalf of that individual).

Exception Processes fall into two categories:

#### 1. Automatic Process Exceptions

Medicare beneficiaries will be automatically excepted from the therapy cap and will not be required to submit requests for exception or supporting documentation if they meet specific conditions and complexities listed in the *Medicare Claims Processing Manual*, Publication 100-04, Chapter 5, (as revised by CR5271) for exception from the therapy cap for 2006.

#### 2. Manual Process Exceptions

Medicare beneficiaries may be request an exception using the manual process for exception from the therapy cap if their providers believe that the beneficiaries will require more therapy visits than those payable under the therapy cap, but the patients do not meet at least one of the criteria for automatic exceptions.

### The clarifications to questions generated from CR 4364

Your FI, RHHI, or carrier:

Cont. on next page

## Política Médica

1. Otorgará excepciones para cualquier número de servicios médicamente necesarios durante el año 2006, que cumpla con los criterios del proceso de excepción automática, si el beneficiario cumple con las condiciones descritas en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 5 (según revisado por el CR4364).
2. Otorgará una excepción a los límites de terapia, al aprobar cualquier número de días adicionales de terapia, cuando se considera que dichos días de tratamiento adicional son médicamente necesarios, basado en la documentación que usted sometió en 2006.
3. Utilizará el juicio clínico al aprobar o rechazar solicitudes de días adicionales de tratamiento en circunstancias excepcionales en las cuales usted no somete toda la documentación requerida junto con la solicitud de excepción en 2006.
4. Deberá responder a la solicitud de excepción tan pronto como pueda. Le otorgarán una excepción al límite de terapia, aprobando el número de días de tratamiento que usted o el beneficiario solicite (sin que exceda 15 días de tratamientos futuros), si no toman una decisión dentro de los 10 días laborables a partir del recibo de cualquier solicitud y la documentación apropiada en 2006.
5. Permitirá el proceso automático de excepciones cuando se prestan servicios médicamente necesarios para dos o más condiciones separadas y que se puedan facturar, en el mismo año calendario en 2006.
6. Seguirá la descripción del manual para permitir excepciones cuando el mismo paciente padece de 2 condiciones o complejidades en el mismo año, una de las cuales cualifica al beneficiario por el uso del proceso automático de excepciones en 2006.
7. Permitirá el proceso automático de excepciones cuando ocurren complejidades en combinación con otras condiciones que podrían o no estar en la lista en el *Medicare Claims Processing Manual*, en 2006.

## Medical Policy

1. *Will grant exceptions for any number of medically necessary services for 2006 that meet the automatic process exception criteria, if the beneficiary meets the conditions described in Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 5, (as revised by CR5271)*
2. *Will grant an exception to the therapy cap, by approving any number of additional therapy treatment days, when these additional treatment days are deemed medically necessary based on documentation that you have submitted for services provided in 2006.*
3. *Will utilize clinical judgment in approving or disapproving requests for additional treatment days in the exceptional circumstance in which you do not submit all required documentation with the exception request for services provided in 2006.*
4. *Must reply as soon as practicable to a request for exception for services provided in 2006. They will grant an exception to the therapy cap, approving the number of treatment days that you or the beneficiary request (not to exceed 15 future treatment days), if they do not make a decision within 10 business days of receipt of any request and appropriate documentation.*
5. *Will allow automatic process exceptions when medically necessary services are provided for two or more separate, billable, conditions in the same calendar year in 2006.*
6. *Will follow the manual description for allowing exceptions when the same patient has two conditions or complexities in the same year, one of which qualifies the beneficiary for use of the automatic exception process for services provided in 2006.*
7. *Will allow automatic process exceptions when complexities occur in combination with other conditions that may or may not be on the list in the Medicare Claims Processing Manual in 2006.*

Cont. on next page



## Política Médica

8. Aceptará, cuando un paciente se encuentra bajo el cuidado de dos médicos para condiciones diferentes, lo siguiente como documentación apropiada: 1) Un plan de cuidado certificado por uno de los médicos o profesionales de la salud; o 2) Dos planes de cuidado de salud certificados por cada uno de los médicos o profesionales de la salud.
9. Actualizará la lista de excepciones en 2006, de acuerdo a los cambios provistos en esta transmisión. Usted debe saber que éstos pueden extender (pero no contraer) esta lista si la decisión tomada mediante el proceso manual de excepciones les lleva a creer que se debe permitir excepciones adicionales.
10. No requerirán documentación adicional, según se recomienda en los manuales, pero que no es requerida.
11. Interpretarán un referido u orden, o plan de cuidado con fecha después de una evaluación, como una certificación del plan para evaluar al paciente, cuando sólo se llevo a cabo una evaluación. No se requiere que el plan, orden o referido se someta por escrito previo a la evaluación.
12. No denegarán el pago por concepto de re-evaluación sólo porque se llevó a cabo una evaluación o re-evaluación recientemente, siempre que la documentación apoye la necesidad para la re-evaluación. Una re-evaluación puede ser apropiada previa a un alta planificada para efectos de determinar si se cumplió con las metas, o para proveer información adicional, más allá de la requerida para incluirse en el resumen de alta, para uso por el médico o el lugar de tratamiento donde se continuará el tratamiento.
13. A través de una evaluación médica de pre- o post-pago, requerirá a los clínicos que escriban Informes de Progreso al menos durante cada Período de Informe de Progreso. Note que los elementos requeridos del Reporte de Progreso que están escritos en las Notas de Tratamiento o en el Plan de Cuidado, cumplen de manera aceptable con los requisitos de un Reporte de Progreso. En estos casos, no se requiere un Reporte de Progreso por separado.

## Medical Policy

8. *Will, when a patient is being treated under the care of two physicians for separate conditions, accept as appropriate documentation either 1) A combined plan of care certified by one of the physicians/NPPs, or 2) Two separate plans of care certified by separate physicians/NPPs.*
9. *Will update the list of exceptions in 2006 according to the changes provided in this transmittal. You should be aware that they may expand (but not contract) this list if their manual process exception decisions lead them to believe further exceptions should be allowed.*
10. *Will not require the additional documentation that is encouraged but not required in the manuals.*
11. *Will interpret a referral or an order or a plan of care dated after an evaluation, as certification of the plan to evaluate the patient when only an evaluation was performed. It is not required that a plan, order or referral be written prior to evaluation.*
12. *Will not deny payment for re-evaluation only because an evaluation or re-evaluation was recently done, as long as documentation supports the need for re-evaluation. A re-evaluation may be appropriate prior to planned discharge for the purposes of determining whether goals have been met, or to provide further information, beyond that required to be included in the discharge summary, for the use of the physician or the treatment site at which treatment will be continued.*
13. *Will require clinicians to write Progress Reports at least during each Progress Report Period. Note that required elements of the Progress Report that are written into the Treatment Notes or in a Plan of Care may acceptably fulfill the requirement for a Progress Report. In these instances, a separate Progress Report is not required.*

Cont. on next page

## Política Médica

14. En casos de evaluaciones pre- o post-pago de documentación médica, requerirá que cuando los servicios incidentales a la visita médica se prestan por personal cualificado que no son terapeutas, el médico o profesional de la salud que ordena o que supervisa debe, **personalmente**, prestar al menos una sesión de tratamiento durante cada periodo de Informe de Progreso y firmar el Informe de Progreso.
15. Continuará usando el mensaje 38.18 del formulario *Medicare Summary Notice* (MSN), tanto en inglés como en español. Este mensaje lee: "ALERTA: La cubierta de Medicare estará limitada a Terapia Física Ambulatoria (PT por sus siglas en inglés), Patología del Habla-Lenguaje (SLP por sus siglas en inglés), y Terapia Ocupacional (OT por sus siglas en inglés) para servicios recibidos entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2006. Los límites son \$1,740 para Terapia Física y Terapia del Habla-Lenguaje (combinadas) y \$1,740 para Terapia Ocupacional. Medicare pagará hasta el 80% de los límites después que el beneficiario haya cubierto su deducible. Estos límites no aplican a ciertas terapias aprobadas por Medicare ni a terapias que el paciente recibe en departamentos ambulatorios de un hospital, a menos que el beneficiario sea residente de, y ocupe una cama en una instalación especializada de enfermería certificada por Medicare. Si usted tiene preguntas, llame al 1-800-MEDICARE".
16. Continuará reforzando la aplicación de las Determinaciones de Cubierta Local (LCDs).

**Nota Final:** Usted debe tener en mente que las reclamaciones por servicios sobre el límite por las cuales no se otorga una excepción, serán denegadas como una denegación de beneficio por categoría, y el beneficiario será responsable.

### Información Adicional

Puede encontrar información adicional sobre excepciones a los límites de terapia ambulatoria en el CR5271, publicado en 3 transmisiones. Como anejo a dichas transmisiones, usted encontrará secciones del manual para:

## Medical Policy

14. Will require, on pre or postpay medical review of documentation, that when the services incident to a physician are provided by qualified personnel who are not therapists, the ordering or supervising physician/NPP must **personally** provide at least one treatment session during each Progress Report Period and sign the Progress Report.
15. Will continue to use Medicare Summary Notice (MSN) message 38.18 on all Medicare MSN forms, both in English and in Spanish. This message reads: "ALERT: Coverage by Medicare will be limited for outpatient physical therapy (PT), speech-language pathology (SLP), and occupational therapy (OT) services for services received on January 1, 2006 through December 31, 2006. The limits are \$1,740 for PT and SLP combined and \$1,740 for OT. Medicare pays up to 80 percent of the limits after the deductible has been met. These limits don't apply to certain therapy approved by Medicare or to therapy you get at hospital outpatient departments, unless you are a resident of and occupy a Medicare-certified bed in a skilled nursing facility. If you have questions, please call 1-800-MEDICARE."
16. Will continue to enforce Local Coverage Determinations (LCDs).

**Final Note:** You should keep in mind that claims for services above the cap for which an exception is not granted will be denied as a benefit category denial, and the beneficiary will be liable.

### Additional Information

You can find more information about outpatient therapy cap exceptions by going to CR5271, issued in 3 transmittals. As attachments to those transmittals, you will find updated manual sections for:

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### REDUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO MÚLTIPLE DEL COMPONENTE TÉCNICO (TC) DE CIERTOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS MEDIANTE IMÁGENES Y LÍMITES AL TC EN PROCEDIMIENTOS DE IMÁGENES

#### Proveedores Afectados

Médicos y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare por concepto de servicios y suministros de imágenes.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo de edición especial provee detalles sobre las políticas revisadas de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para el pago del componente técnico (TC por sus siglas en inglés) del procedimiento de imágenes. CMS (1) ha modificado la reducción en el pago de procedimientos múltiples al Componente Técnico de ciertos procedimientos diagnósticos de imágenes, y (2) ha implementado un límite de pago para procedimientos específicos al pago del Componente Técnico de procedimientos de imágenes, vigente el 1 de enero de 2007, según lo requiere el *Deficit Reduction Act* del 2005.

Vea las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para más detalles sobre este cambio.

#### Trasfondo

CMS estará implementando dos provisiones en 2007 que afectan a los servicios de imágenes. Primero, CMS está modificando la reducción al pago de procedimientos múltiples en ciertos procedimientos diagnósticos de imagen implementados en 2006. Segundo, están implementando una nueva provisión del *Deficit Reduction Act* (DRA por sus siglas en inglés) de 2005, la cual impone un límite al pago de la mayoría de los procedimientos de imágenes. (Existe más información sobre el DRA en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cbo.gov/ftpdocs/70xx/doc7028/s1932conf.pdf>. También hay más información sobre el las regulaciones finales de las tarifas fijas

## Billing Policies

### MULTIPLE PROCEDURE REDUCTION ON THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF CERTAIN DIAGNOSTIC IMAGING PROCEDURES AND CAP ON THE TC OF IMAGING PROCEDURES

#### Provider Types Affected

*Physicians and suppliers billing Medicare carriers for imaging supplies and services*

#### Provider Action Needed

*This special edition article provides details regarding the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) revised policies for the payment of the technical component (TC) of imaging procedures. CMS has 1) modified the multiple procedure payment reduction to the TC of certain diagnostic imaging procedures and 2) implemented a procedure specific payment cap on the TC payment of imaging procedures effective January 1, 2007, as required by the Deficit Reduction Act of 2005.*

*See the Background and Additional Information Sections of this article for further details regarding this change.*

#### Background

*CMS is implementing two provisions in 2007 affecting imaging services. First, CMS is modifying the multiple procedure payment reduction on certain diagnostic imaging procedures implemented in 2006. Second, they are implementing a new provision of the Deficit Reduction Act of 2005 (DRA) which imposes a payment cap on most imaging procedures. (More information on the DRA is available at <http://www.cbo.gov/ftpdocs/70xx/doc7028/s1932conf.pdf> on the CMS*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/list.asp#TopOfPage>.

La **primera provisión de CMS** para el año 2007 habla sobre el pago de ciertos procedimientos de imágenes de diagnóstico múltiple.

- El pago total del primer procedimiento, pero
- Una reducción de un 25% al pago del Componente Técnico para procedimientos de imágenes adicionales (provistos en partes del cuerpo contiguas durante una misma sesión). Esta es una reducción menor que el 50% que había sido previamente propuesto para 2007. La tabla 1 que se incluye en la sección **Información Adicional** contiene una lista de los procedimientos que están sujetos a la reducción en el pago de procedimientos múltiples.

La **segunda provisión de CMS** limita el pago de Componente Técnico para la mayoría de los procedimientos de imágenes pagaderos bajo el Manual de Tarifas Fijas para Médicos de Medicare (MPFS por sus siglas en inglés), hasta la cantidad pagadera bajo el Sistema de Pago Prospectivo Ambulatorio (OPPS). La tabla 2 que se incluye en la sección **Información Adicional** contiene una lista de los procedimientos que están sujetos al límite de pago bajo el sistema OPPS.

Ambas provisiones aplican a servicios con Componente Técnico solamente y el Componente Técnico de los servicios globales. El componente profesional (PC por sus siglas en inglés) se paga en su totalidad para todos los procedimientos. Para servicios de imágenes sujeto tanto a la política de reducción de imágenes múltiples y el límite de hospitales a servicios ambulatorios, CMS está aplicando:

- **Primero**, el ajuste a los procedimientos múltiples, y
- **Segundo**, el límite a los servicios ambulatorios.

**NOTA: LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE PUBLICARÁN SUS LÍMITES DE TARIFA EN SERVICIOS AMBULATORIOS EN SUS RESPECTIVOS SITIOS WEB.**

### Información Adicional

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

## Billing Policies

*web site. More information on the fee schedule final rules is available at <http://www.cms.hhs.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/list.asp#TopOfPage> on the CMS web site).*

*The **first CMS provision** for 2007 addresses payment for certain multiple diagnostic imaging procedures, with:*

- *A full payment for the first procedure, but*
- *A 25 percent reduction in the technical component (TC) payment for additional imaging procedures (furnished on contiguous body parts during the same session). This is a smaller reduction than the 50 percent that had previously been proposed for 2007. Table 1 below in the Additional Information Section contains a list of procedures subject to the multiple procedure payment reduction.*

*The **second CMS provision** limits the TC payment for most imaging procedures paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) to the amount paid under the outpatient prospective payment system (OPPS). Table 2 below in the Additional Information Section contains a list of procedures subject to the OPPS payment cap.*

*Both provisions apply to TC-only services and the TC of global services. The professional component (PC) is paid in full for all procedures. For imaging services subject to both the multiple imaging reduction policy and the outpatient hospital cap, CMS is applying:*

- **First**, the multiple imaging adjustment, and
- **Second**, the outpatient cap.

**NOTE: MEDICARE CARRIERS WILL DISPLAY THE OUTPATIENT CAP FEE ON THEIR WEB SITES.**

### Additional Information

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

Pub. SE0665/12-11-06/mlv-moa

Cont. on next page

Tabla 1 / Table 1

**Servicios de Imágenes Diagnóstica Sujeto a la Reducción de Pago de Procedimientos Múltiples**

**Diagnostic Imaging Services Subject to the Multiple Procedure Payment Reduction**

<b>Diagnostic Imaging Services</b>	
<b>Family 1 Ultrasound (Chest/Abdomen/Pelvis - Non-Obstetrical)</b>	
76604	Us exam, chest, b-scan
76700	Us exam, abdom, complete
76705	Echo exam of abdomen
76770	Us exam abdo back wall, comp
76775	Us exam abdo back wall, lim
76778	Us exam kidney transplant
76831	Echo exam, uterus
76856	Us exam, pelvic, complete
76857	Us exam, pelvic, limited
<b>Family 2 CT and CTA (Chest/Thorax/Abd/Pelvis)</b>	
71250	Ct thorax w/o dye
71260	Ct thorax w/ dye
71270	Ct thorax w/o & w/ dye
71275	Ct angiography, chest
72191	Ct angiography, pelv w/o & w/ dye
72192	Ct pelvis w/o dye
72193	Ct pelvis w/ dye
72194	Ct pelvis w/o & w/ dye
74150	Ct abdomen w/o dye
74160	Ct abdomen w/ dye
74170	Ct abdomen w/o & w/ dye
74175	Ct angiography, abdom w/o & w/ dye
75635	Ct angio abdominal arteries
0067T	Ct colonography; dx
<b>Family 3 CT and CTA (Head/Brain/Orbit/Maxillofacial/Neck)</b>	
70450	Ct head/brain w/o dye
70460	Ct head/brain w/ dye
70470	Ct head/brain w/o & w/ dye
70480	Ct orbit/ear/fossa w/o dye
70481	Ct orbit/ear/fossa w/ dye
70482	Ct orbit/ear/fossa w/o & w/ dye
70486	Ct maxillofacial w/o dye
70487	Ct maxillofacial w/ dye
70488	Ct maxillofacial w/o & w/ dye
70490	Ct soft tissue neck w/o dye
70491	Ct soft tissue neck w/ dye
70492	Ct soft tissue neck w/o & w/ dye
70496	Ct angiography, head
70498	Ct angiography, neck

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

<b>Family 4 MRI and MRA (Chest/Abd/Pelvis)</b>	
71550	Mri chest w/o dye
71551	Mri chest w/ dye
71552	Mri chest w/o & w/ dye
71555	Mri angio chest w/ or w/o dye
72195	Mri pelvis w/o dye
72196	Mri pelvis w/ dye
72197	Mri pelvis w/o &w/ dye
72198	Mri angio pelvis w/ or w/o dye
74181	Mri abdomen w/o dye
74182	Mri abdomen w/ dye
74183	Mri abdomen w/o and w/ dye
74185	Mri angio, abdom w/ or w/o dye
<b>Family 5 MRI and MRA (Head/Brain/Neck)</b>	
70540	Mri orbit/face/neck w/o dye
70542	Mri orbit/face/neck w/ dye
70543	Mri orbit/face/neck w/o & w/dye
70544	Mr angiography head w/o dye
70545	Mr angiography head w/dye
70546	Mr angiography head w/o & w/dye
70547	Mr angiography neck w/o dye
70548	Mr angiography neck w/dye
70549	Mr angiography neck w/o & w/dye
70551	Mri brain w/o dye
70552	Mri brain w/dye
70553	Mri brain w/o & w/dye
<b>Family 6 MRI and MRA (spine)</b>	
72141	Mri neck spine w/o dye
72142	Mri neck spine w/dye
72146	Mri chest spine w/o dye
72147	Mri chest spine w/dye
72148	Mri lumbar spine w/o dye
72149	Mri lumbar spine w/dye
72156	Mri neck spine w/o & w/dye
72157	Mri chest spine w/o & w/dye
72158	Mri lumbar spine w/o & w/dye
<b>Family 7 CT (spine)</b>	
72125	CT neck spine w/o dye
72126	Ct neck spine w/dye
72127	Ct neck spine w/o & w/dye
72128	Ct chest spine w/o dye
72129	Ct chest spine w/dye
72130	Ct chest spine w/o & w/dye
72131	Ct lumbar spine w/o dye
72132	Ct lumbar spine w/dye
72133	Ct lumbar spine w/o & w/dye

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

<b>Family 8 MRI and MRA (lower extremities)</b>	
73718	Mri lower extremity w/o dye
73719	Mri lower extremity w/dye
73720	Mri lower ext w/ & w/o dye
73721	Mri joint of lwr extre w/o dye
73722	Mri joint of lwr extr w/dye
73723	Mri joint of lwr extr w/o & w/dye
73725 – MRA	Mr angio lower ext w or w/o dye
<b>Family 9 CT and CTA (lower extremities)</b>	
73700	Ct lower extremity w/o dye
73701	Ct lower extremity w/dye
73702	Ct lower extremity w/o & w/dye
73706	Ct angio lower ext w/o & w/dye
<b>Family 10 Mr and MRI (upper extremities and joints)</b>	
73218	Mri upper extr w/o dye
73219	Mri upper extr w/dye
73220	Mri upper extremity w/o & w/dye
73221	Mri joint upper extr w/o dye
73222	Mri joint upper extr w/dye
73223	Mri joint upper extr w/o & w/dye
<b>Family 11 CT and CTA (upper extremities)</b>	
73200	Ct upper extremity w/o dye
73201	Ct upper extremity w/dye
73202	Ct upper extremity w/o & w/dye
73206	Ct angio upper extr w/o & w/dye

Tabla 2 / Table 2

**Adendum F - Códigos CPT/HCPCS de Imágenes Definido por DRA 5102(b)**  
**Addendum F- CPT/HCPCS Imaging Codes Defined by DRA 5102(b)**

HCPCS/CPT*	Short Descriptor	HCPCS/CPT*	Short Descriptor
31620	Endobronchial us add-on	70200	X-ray exam of eye sockets
37250	Iv us first vessel add-on	70210	X-ray exam of sinuses
37251	Iv us each add vessel add-on	70220	X-ray exam of sinuses
51798	Us urine capacity measure	70240	X-ray exam, pituitary saddle
70010	Contrast x-ray of brain	70250	X-ray exam of skull
70015	Contrast x-ray of brain	70260	X-ray exam of skull
70030	X-ray eye for foreign body	70300	X-ray exam of teeth
70100	X-ray exam of jaw	70310	X-ray exam of teeth
70110	X-ray exam of jaw	70320	Full mouth x-ray of teeth
70120	X-ray exam of mastoids	70328	X-ray exam of jaw joint
70130	X-ray exam of mastoids	70330	X-ray exam of jaw joints
70134	X-ray exam of middle ear	70332	X-ray exam of jaw joint
70140	X-ray exam of facial bones	70336	Magnetic image, jaw joint
70150	X-ray exam of facial bones	70350	X-ray head for orthodontia
70160	X-ray exam of nasal bones	70355	Panoramic x-ray of jaws
70170	X-ray exam of tear duct	70360	X-ray exam of neck
70190	X-ray exam of eye sockets		

Cont. on next page

## Políticas de Pago

HCPCS/CPT*	Short Descriptor
70370	Throat x-ray & fluoroscopy
70371	Speech evaluation, complex
70373	Contrast x-ray of larynx
70380	X-ray exam of salivary gland
70390	X-ray exam of salivary duct
70450	Ct head/brain w/o dye
70460	Ct head/brain w/dye
70470	Ct head/brain w/o & w/dye
70480	Ct orbit/ear/fossa w/o dye
70481	Ct orbit/ear/fossa w/dye
70482	Ct orbit/ear/fossa w/o&w/dye
70486	Ct maxillofacial w/o dye
70487	Ct maxillofacial w/dye
70488	Ct maxillofacial w/o & w/dye
70490	Ct soft tissue neck w/o dye
70491	Ct soft tissue neck w/dye
70492	Ct sft tsue nck w/o & w/dye
70496	Ct angiography, head
70498	Ct angiography, neck
70540	Mri orbit/face/neck w/o dye
70542	Mri orbit/face/neck w/dye
70543	Mri orbt/fac/nck w/o & w/dye
70544	Mr angiography head w/o dye
70545	Mr angiography head w/dye
70546	Mr angiograph head w/o&w/dye
70547	Mr angiography neck w/o dye
70548	Mr angiography neck w/dye
70549	Mr angiograph neck w/o&w/dye
70551	Mri brain w/o dye
70552	Mri brain w/dye
70553	Mri brain w/o & w/dye
70557	Mri brain w/o dye
70558	Mri brain w/dye
70559	Mri brain w/o & w/dye
71010	Chest x-ray
71015	Chest x-ray
71020	Chest x-ray
71021	Chest x-ray
71022	Chest x-ray
71023	Chest x-ray and fluoroscopy
71030	Chest x-ray
71034	Chest x-ray and fluoroscopy
71035	Chest x-ray
71040	Contrast x-ray of bronchi
71060	Contrast x-ray of bronchi
71090	X-ray & pacemaker insertio
71100	X-ray exam of ribs
71101	X-ray exam of ribs/chest
71110	X-ray exam of ribs
71111	X-ray exam of ribs/chest

## Billing Policies

HCPCS/CPT*	Short Descriptor
71120	X-ray exam of breastbone
71130	X-ray exam of breastbone
71250	Ct thorax w/o dye
71260	Ct thorax w/dye
71270	Ct thorax w/o & w/dye
71275	Ct angiography, chest
71550	Mri chest w/o dye
71551	Mri chest w/dye
71552	Mri chest w/o & w/dye
71555	Mri angio chest w or w/o dy
72010	X-ray exam of spine
72020	X-ray exam of spine
72040	X-ray exam of neck spine
72050	X-ray exam of neck spine
72052	X-ray exam of neck spine
72069	X-ray exam of trunk spine
72070	X-ray exam of thoracic spine
72072	X-ray exam of thoracic spine
72074	X-ray exam of thoracic spine
72080	X-ray exam of trunk spine
72090	X-ray exam of trunk spine
72100	X-ray exam of lower spine
72110	X-ray exam of lower spine
72114	X-ray exam of lower spine
72120	X-ray exam of lower spine
72125	Ct neck spine w/o dye
72126	Ct neck spine w/dye
72127	Ct neck spine w/o & w/dye
72128	Ct chest spine w/o dye
72129	Ct chest spine w/dye
72130	Ct chest spine w/o & w/dye
72131	Ct lumbar spine w/o dye
72132	Ct lumbar spine w/dye
72133	Ct lumbar spine w/o & w/dye
72141	Mri neck spine w/o dye
72142	Mri neck spine w/dye
72146	Mri chest spine w/o dye
72147	Mri chest spine w/dye
72148	Mri lumbar spine w/o dye
72149	Mri lumbar spine w/dye
72156	Mri neck spine w/o & w/dye
72157	Mri chest spine w/o & w/dye
72158	Mri lumbar spine w/o & w/dye
72159	Mr angio spine w/o&w/dye
72170	X-ray exam of pelvis
72190	X-ray exam of pelvis
72191	Ct angiograph pelv w/o&w/dye
72192	Ct pelvis w/o dye
72193	Ct pelvis w/dye
72194	Ct pelvis w/o & w/dye

Cont. on next page



## Políticas de Pago

HCPCS/CPT*	Short Descriptor
72195	Mri pelvis w/o dye
72196	Mri pelvis w/dye
72197	Mri pelvis w/o & w/dye
72198	Mr angio pelvis w/o & w/dye
72200	X-ray exam sacroiliac joints
72202	X-ray exam sacroiliac joints
72220	X-ray exam of tailbone
72240	Contrast x-ray of neck spine
72255	Contrast x-ray, thorax spine
72265	Contrast x-ray, lower spine
72270	Contrast x-ray, spine
72275	Epidurography
72285	X-ray c/t spine disk
72291	Percut vertebroplasty fluor
72293	Percut vertebroplasty, ct
72295	X-ray of lower spine disk
73000	X-ray exam of collar bone
73010	X-ray exam of shoulder blade
73020	X-ray exam of shoulder
73030	X-ray exam of shoulder
73040	Contrast x-ray of shoulder
73050	X-ray exam of shoulders
73060	X-ray exam of humerus
73070	X-ray exam of elbow
73080	X-ray exam of elbow
73085	Contrast x-ray of elbow
73090	X-ray exam of forearm
73092	X-ray exam of arm, infant
73100	X-ray exam of wrist
73110	X-ray exam of wrist
73115	Contrast x-ray of wrist
73120	X-ray exam of hand
73130	X-ray exam of hand
73140	X-ray exam of finger(s)
73200	Ct upper extremity w/o dye
73201	Ct upper extremity w/dye
73202	Ct uppr extremity w/o&w/dye
73206	Ct angio upr extrm w/o&w/dye
73218	Mri upper extremity w/o dye
73219	Mri upper extremity w/dye
73220	Mri uppr extremity w/o&w/dye
73221	Mri joint upr extrem w/o dye
73222	Mri joint upr extrem w/dye
73223	Mri joint upr extr w/o&w/dye
73225	Mr angio upr extr w/o&w/dye
73500	X-ray exam of hip
73510	X-ray exam of hip
73520	X-ray exam of hips
73525	Contrast x-ray of hip
73530	X-ray exam of hip

## Billing Policies

HCPCS/CPT*	Short Descriptor
73540	X-ray exam of pelvis & hips
73542	X-ray exam, sacroiliac joint
73550	X-ray exam of thigh
73560	X-ray exam of knee, 1 or 2
73562	X-ray exam of knee, 3
73564	X-ray exam, knee, 4 or more
73565	X-ray exam of knees
73580	Contrast x-ray of knee joint
73590	X-ray exam of lower leg
73592	X-ray exam of leg, infant
73600	X-ray exam of ankle
73610	X-ray exam of ankle
73615	Contrast x-ray of ankle
73620	X-ray exam of foot
73630	X-ray exam of foot
73650	X-ray exam of heel
73660	X-ray exam of toe(s)
73700	Ct lower extremity w/o dye
73701	Ct lower extremity w/dye
73702	Ct lwr extremity w/o&w/dye
73706	Ct angio lwr extr w/o&w/dye
73718	Mri lower extremity w/o dye
73719	Mri lower extremity w/dye
73720	Mri lwr extremity w/o&w/dye
73721	Mri jnt of lwr extre w/o dye
73722	Mri joint of lwr extr w/dye
73723	Mri joint lwr extr w/o&w/dye
73725	Mr ang lwr ext w or w/o dye
74000	X-ray exam of abdomen
74010	X-ray exam of abdomen
74020	X-ray exam of abdomen
74022	X-ray exam series, abdomen
74150	Ct abdomen w/o dye
74160	Ct abdomen w/dye
74170	Ct abdomen w/o & w/dye
74175	Ct angio abdom w/o & w/dye
74181	Mri abdomen w/o dye
74182	Mri abdomen w/dye
74183	Mri abdomen w/o & w/dye
74185	Mri angio, abdom w orw/o dye
74190	X-ray exam of peritoneum
74210	Contrst x-ray exam of throat
74220	Contrast x-ray, esophagus
74230	Cine/vid x-ray, throat/esoph
74235	Remove esophagus obstruction
74240	X-ray exam, upper gi tract
74241	X-ray exam, upper gi tract
74245	X-ray exam, upper gi tract
74246	Contrst x-ray uppr gi tract
74247	Contrst x-ray uppr gi tract

Cont. on next page

## Políticas de Pago

HCPSC/CPT*	Short Descriptor
74249	Contrst x-ray uppr gi tract
74250	X-ray exam of small bowel
74251	X-ray exam of small bowel
74260	X-ray exam of small bowel
74270	Contrast x-ray exam of colon
74280	Contrast x-ray exam of colon
74283	Contrast x-ray exam of colon
74290	Contrast x-ray, gallbladder
74291	Contrast x-rays, gallbladder
74300	X-ray bile ducts/pancreas
74301	X-rays at surgery add-on
74305	X-ray bile ducts/pancreas
74320	Contrast x-ray of bile ducts
74327	X-ray bile stone removal
74328	X-ray bile duct endoscopy
74329	X-ray for pancreas endoscopy
74330	X-ray bile/panc endoscopy
74340	X-ray guide for GI tube
74350	X-ray guide, stomach tube
74355	X-ray guide, intestinal tube
74360	X-ray guide, GI dilation
74363	X-ray, bile duct dilation
74400	Contrst x-ray, urinary tract
74410	Contrst x-ray, urinary tract
74415	Contrst x-ray, urinary tract
74420	Contrst x-ray, urinary tract
74425	Contrst x-ray, urinary tract
74430	Contrast x-ray, bladder
74440	X-ray, male genital tract
74445	X-ray exam of penis
74450	X-ray, urethra/bladder
74455	X-ray, urethra/bladder
74470	X-ray exam of kidney lesion
74475	X-ray control, cath insert
74480	X-ray control, cath insert
74485	X-ray guide, GU dilation
74710	X-ray measurement of pelvis
74740	X-ray, female genital tract
74742	X-ray, fallopian tube
74775	X-ray exam of perineum
75552	Heart mri for morph w/o dye
75553	Heart mri for morph w/dye
75554	Cardiac MRI/function
75555	Cardiac MRI/limited study
75556	Cardiac MRI/flow mapping
75600	Contrast x-ray exam of aorta
75605	Contrast x-ray exam of aorta
75625	Contrast x-ray exam of aorta
75630	X-ray aorta, leg arteries
75635	Ct angio abdominal arteries

## Billing Policies

HCPSC/CPT*	Short Descriptor
75650	Artery x-rays, head & neck
75658	Artery x-rays, arm
75660	Artery x-rays, head & neck
75662	Artery x-rays, head & neck
75665	Artery x-rays, head & neck
75671	Artery x-rays, head & neck
75676	Artery x-rays, neck
75680	Artery x-rays, neck
75685	Artery x-rays, spine
75705	Artery x-rays, spine
75710	Artery x-rays, arm/leg
75716	Artery x-rays, arms/legs
75722	Artery x-rays, kidney
75724	Artery x-rays, kidneys
75726	Artery x-rays, abdomen
75731	Artery x-rays, adrenal gland
75733	Artery x-rays, adrenals
75736	Artery x-rays, pelvis
75741	Artery x-rays, lung
75743	Artery x-rays, lungs
75746	Artery x-rays, lung
75756	Artery x-rays, chest
75774	Artery x-ray, each vessel
75790	Visualize A-V shunt
75801	Lymph vessel x-ray, arm/leg
75803	Lymph vessel x-ray, arms/legs
75805	Lymph vessel x-ray, trunk
75807	Lymph vessel x-ray, trunk
75809	Nonvascular shunt, x-ray
75810	Vein x-ray, spleen/liver
75820	Vein x-ray, arm/leg
75822	Vein x-ray, arms/legs
75825	Vein x-ray, trunk
75827	Vein x-ray, chest
75831	Vein x-ray, kidney
75833	Vein x-ray, kidneys
75840	Vein x-ray, adrenal gland
75842	Vein x-ray, adrenal glands
75860	Vein x-ray, neck
75870	Vein x-ray, skull
75872	Vein x-ray, skull
75880	Vein x-ray, eye socket
75885	Vein x-ray, liver
75887	Vein x-ray, liver
75889	Vein x-ray, liver
75891	Vein x-ray, liver
75893	Venous sampling by catheter
75894	X-rays, transcath therapy
75896	X-rays, transcath therapy
75898	Follow-up angiography

Cont. on next page

## Políticas de Pago

HCP/CS/CPT*	Short Descriptor
75900	Intravascular cath exchange
75901	Remove cva device obstruct
75902	Remove cva lumen obstruct
75940	X-ray placement, vein filter
75945	Intravascular us
75946	Intravascular us add-on
75953	Abdom aneurysm endovas rpr
75956	Xray, endovasc thor ao repr
75957	Xray, endovasc thor ao repr
75958	Xray, place prox ext thor ao
75959	Xray, place dist ext thor ao
75960	Transcath iv stent rs&i
75961	Retrieval, broken catheter
75962	Repair arterial blockage
75964	Repair artery blockage, each
75966	Repair arterial blockage
75968	Repair artery blockage, each
75970	Vascular biopsy
75978	Repair venous blockage
75980	Contrast xray exam bile duct
75982	Contrast xray exam bile duct
75984	Xray control catheter change
75989	Abscess drainage under x-ray
75992	Atherectomy, x-ray exam
76000	Fluoroscope examination
76001	Fluoroscope exam, extensive
76010	X-ray, nose to rectum
76080	X-ray exam of fistula
76098	X-ray exam, breast specimen
76100	X-ray exam of body section
76101	Complex body section x-ray
76102	Complex body section x-rays
76120	Cine/video x-rays
76125	Cine/video x-rays add-on
76140	X-ray consultation
76150	X-ray exam, dry process
76350	Special x-ray contrast study
76376	3d render w/o postprocess
76377	3d rendering w/postprocess
76380	CAT scan follow-up study
76390	Mr spectroscopy
76496	Fluoroscopic procedure
76497	Ct procedure
76498	Mri procedure
76506	Echo exam of head
76510	Ophth us, b & quant a
76511	Ophth us, quant a only
76512	Ophth us, b w/non-quant a
76513	Echo exam of eye, water bath
76514	Echo exam of eye, thickness

## Billing Policies

HCP/CS/CPT*	Short Descriptor
76516	Echo exam of eye
76519	Echo exam of eye
76529	Echo exam of eye
76536	Us exam of head and neck
76604	Us exam, chest, b-scan
76645	Us exam, breast(s)
76700	Us exam, abdom, complete
76705	Echo exam of abdomen
76770	Us exam abdo back wall, comp
76775	Us exam abdo back wall, lim
76778	Us exam kidney transplant
76800	Us exam, spinal canal
76801	Ob us < 14 wks, single fetus
76802	Ob us < 14 wks, add'l fetus
76805	Ob us >= 14 wks, snl fetus
76810	Ob us >= 14 wks, addl fetus
76811	Ob us, detailed, snl fetus
76812	Ob us, detailed, addl fetus
76815	Ob us, limited, fetus(s)
76816	Ob us, follow-up, per fetus
76817	Transvaginal us, obstetric
76818	Fetal biophys profile w/nst
76819	Fetal biophys profil w/o nst
76820	Umbilical artery echo
76821	Middle cerebral artery echo
76825	Echo exam of fetal heart
76826	Echo exam of fetal heart
76827	Echo exam of fetal heart
76828	Echo exam of fetal heart
76830	Transvaginal us, non-ob
76831	Echo exam, uterus
76856	Us exam, pelvic, complete
76857	Us exam, pelvic, limited
76870	Us exam, scrotum
76872	Us, transrectal
76873	Echograp trans r, pros study
76880	Us exam, extremity
76885	Us exam infant hips, dynamic
76886	Us exam infant hips, static
76930	Echo guide, cardiocentesis
76932	Echo guide for heart biopsy
76936	Echo guide for artery repair
76937	Us guide, vascular access
76940	Us guide, tissue ablation
76941	Echo guide for transfusion
76942	Echo guide for biopsy
76945	Echo guide, villus sampling
76946	Echo guide for amniocentesis
76948	Echo guide, ova aspiration
76950	Echo guidance radiotherapy

Cont. on next page

## Políticas de Pago

HCPSC/CPT*	Short Descriptor
76965	Echo guidance radiotherapy
76970	Ultrasound exam follow-up
76975	GI endoscopic ultrasound
76977	Us bone density measure
76998	Ultrasound guide intraoper
77001	Fluoroguide for vein device
77002	Needle localization by x-ray
77003	Fluoroguide for spine inject
77011	Ct scan for localization
77012	Ct scan for needle biopsy
77013	Ct guide for tissue ablation
77014	Ct scan for therapy guide
77021	Mr guidance for needle place
77022	Mri for tissue ablation
77031	Stereotactic breast biopsy
77032	X-ray of needle wire, breast
77053	X-ray of mammary duct
77054	X-ray of mammary ducts
77058	Magnetic image, breast
77059	Magnetic image, both breasts
77071	X-ray stress view
77072	X-rays for bone age
77073	X-rays, bone evaluation
77074	X-rays, bone survey
77075	X-rays, bone survey
77076	X-rays, bone evaluation
77077	Joint survey, single view
77078	Ct bone density, axial
77079	Ct bone density, peripheral
77080	Dxa bone density, axial
77081	Dxa bone density/peripheral
77082	Dxa bone density/v-fracture
77083	Radiographic absorptiometry
77084	Magnetic image, bone marrow
77417	Radiology port film(s)
77421	Stereoscopic x-ray guidance
78006	Thyroid imaging with uptake
78007	Thyroid image, mult uptakes
78010	Thyroid imaging
78011	Thyroid imaging with flow
78015	Thyroid met imaging
78016	Thyroid met imaging/studies
78018	Thyroid met imaging, body
78020	Thyroid met uptake
78070	Parathyroid nuclear imaging
78075	Adrenal nuclear imaging
78102	Bone marrow imaging, ltd
78103	Bone marrow imaging, mult
78104	Bone marrow imaging, body
78135	Red cell survival kinetics

## Billing Policies

HCPSC/CPT*	Short Descriptor
78140	Red cell sequestration
78185	Spleen imaging
78190	Platelet survival, kinetics
78195	Lymph system imaging
78201	Liver imaging
78202	Liver imaging with flow
78205	Liver imaging (3D)
78206	Liver image (3d) with flow
78215	Liver and spleen imaging
78216	Liver & spleen image/flow
78220	Liver function study
78223	Hepatobiliary imaging
78230	Salivary gland imaging
78231	Serial salivary imaging
78232	Salivary gland function exam
78258	Esophageal motility study
78261	Gastric mucosa imaging
78262	Gastroesophageal reflux exam
78264	Gastric emptying study
78278	Acute GI blood loss imaging
78282	GI protein loss exam
78290	Meckel's divert exam
78291	Leveen/shunt patency exam
78300	Bone imaging, limited area
78305	Bone imaging, multiple areas
78306	Bone imaging, whole body
78315	Bone imaging, 3 phase
78320	Bone imaging (3D)
78350	Bone mineral, single photon
78351	Bone mineral, dual photon
78428	Cardiac shunt imaging
78445	Vascular flow imaging
78456	Acute venous thrombus image
78457	Venous thrombosis imaging
78458	Ven thrombosis images, bilat
78459	Heart muscle imaging (PET)
78460	Heart muscle blood, single
78461	Heart muscle blood, multiple
78464	Heart image (3d), single
78465	Heart image (3d), multiple
78466	Heart infarct image
78468	Heart infarct image (ef)
78469	Heart infarct image (3D)
78472	Gated heart, planar, single
78473	Gated heart, multiple
78478	Heart wall motion add-on
78480	Heart function add-on
78481	Heart first pass, single
78483	Heart first pass, multiple
78491	Heart image (pet), single

Cont. on next page

## Políticas de Pago

HCPCS/CPT*	Short Descriptor
78492	Heart image (pet), multiple
78494	Heart image, spect
78496	Heart first pass add-on
78580	Lung perfusion imaging
78584	Lung V/Q image single breath
78585	Lung V/Q imaging
78586	Aerosol lung image, single
78587	Aerosol lung image, multiple
78588	Perfusion lung image
78591	Vent image, 1 breath, 1 proj
78593	Vent image, 1 proj, gas
78594	Vent image, mult proj, gas
78596	Lung differential function
78600	Brain imaging, ltd static
78601	Brain imaging, ltd w/flow
78605	Brain imaging, complete
78606	Brain imaging, compl w/flow
78607	Brain imaging (3D)
78608	Brain imaging (PET)
78609	Brain imaging (PET)
78610	Brain flow imaging only
78615	Cerebral vascular flow image
78630	Cerebrospinal fluid scan
78635	CSF ventriculography
78645	CSF shunt evaluation
78647	Cerebrospinal fluid scan
78650	CSF leakage imaging
78660	Nuclear exam of tear flow
78700	Kidney imaging, static
78701	Kidney imaging with flow
78704	Imaging renogram
78707	Kidney flow/function image
78708	Kidney flow/function image
78709	Kidney flow/function image
78710	Kidney imaging (3D)
78715	Renal vascular flow exam
78730	Urinary bladder retention
78740	Ureteral reflux study
78760	Testicular imaging
78761	Testicular imaging/flow
78800	Tumor imaging, limited area
78801	Tumor imaging, mult areas
78802	Tumor imaging, whole body
78803	Tumor imaging (3D)
78804	Tumor imaging, whole body
78805	Abscess imaging, ltd area
78806	Abscess imaging, whole body
78807	Nuclear localization/abscess
78811	Tumor imaging (pet), limited
78812	Tumor image (pet)/skul-thigh

## Billing Policies

HCPCS/CPT*	Short Descriptor
78813	Tumor image (pet) full body
78814	Tumor image pet/ct, limited
78815	Tumorimage pet/ct skul-thigh
78816	Tumor image pet/ct full body
78890	Nuclear medicine data proc
78891	Nuclear med data proc
93303	Echo transthoracic
93304	Echo transthoracic
93307	Echo exam of heart
93308	Echo exam of heart
93312	Echo transesophageal
93313	Echo transesophageal
93314	Echo transesophageal
93315	Echo transesophageal
93316	Echo transesophageal
93317	Echo transesophageal
93318	Echo transesophageal intraop
93320	Doppler echo exam, heart
93321	Doppler echo exam, heart
93325	Doppler color flow add-on
93350	Echo transthoracic
93555	Imaging, cardiac cath
93556	Imaging, cardiac cath
93571	Heart flow reserve measure
93572	Heart flow reserve measure
93880	Extracranial study
93882	Extracranial study
93886	Intracranial study
93888	Intracranial study
93890	Tcd, vasoreactivity study
93892	Tcd, emboli detect w/o inj
93893	Tcd, emboli detect w/inj
93925	Lower extremity study
93926	Lower extremity study
93930	Upper extremity study
93931	Upper extremity study
93970	Extremity study
93971	Extremity study
93975	Vascular study
93976	Vascular study
93978	Vascular study
93979	Vascular study
93980	Penile vascular study
93981	Penile vascular study
93990	Doppler flow testing
0028T	Dexa body composition study
0042T	Ct perfusion w/contrast, cbf
0066T	Ct colonography;screen
0067T	Ct colonography;dx
0080T	Endovasc aort repr rad s&i

Cont. on next page

## Políticas de Pago

HCPSCS/CPT*	Short Descriptor
0081T	Endovasc visc extnsn s&i
0144T	CT heart wo dye; qual calc
0145T	CT heart w/wo dye funct
0146T	CCTA w/wo dye
0147T	CCTA w/wo, quan calcium
0148T	CCTA w/wo, strxr
0149T	CCTA w/wo, strxr quan calc
0150T	CCTA w/wo, disease strxr
0151T	CT heart funct add-on
0152T	Computer chest add-on

## Billing Policies

HCPSCS/CPT*	Short Descriptor
G0120	Colon ca scrn; barium enema
G0122	Colon ca scrn; barium enema
G0130	Single energy x-ray study
G0219	Pet imaging whole body; melanoma for non-covered items
G0235	PET not otherwise specified
G0275	Renal angio, cardiac cath
G0278	Iliac art angio, cardiac cath
G0288	Recon, CTA for surg plan
G0365	Vessel mapping hemo access

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - PUERTO RICO / AREA 20

HCPSCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
G0365		111.67	106.09	122.00
G0365	TC	102.15	97.04	111.60
0067T	TC	204.04	193.84	222.91
0144T	TC	173.74	165.05	189.81
0145T	TC	209.92	199.42	229.34
0146T	TC	209.92	199.42	229.34
0147T	TC	209.92	199.42	229.34
0148T	TC	273.95	260.25	299.29
0149T	TC	273.95	260.25	299.29
0150T	TC	173.74	165.05	189.81
0151T	TC	64.88	61.64	70.88
70170		133.66	126.98	146.02
70170	TC	122.25	116.14	133.56
70336		245.11	232.85	267.78
70336	TC	189.24	179.78	206.74
70480		177.55	168.67	193.97
70480	TC	129.15	122.69	141.10
70482		256.52	243.69	280.25
70482	TC	201.88	191.79	220.55
70486		171.78	163.19	187.67
70486	TC	128.83	122.39	140.75
70496		268.46	255.04	293.29
70496	TC	202.32	192.20	221.03
70498		268.46	255.04	293.29
70498	TC	202.32	192.20	221.03
70540		289.76	275.27	316.56
70540	TC	238.81	226.87	260.90
70542		318.26	302.35	347.70
70542	TC	257.29	244.43	281.09
70543		422.16	401.05	461.21
70543	TC	340.83	323.79	372.36
70544		282.04	267.94	308.13
70544	TC	236.58	224.75	258.46

HCPSCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
70545		300.52	285.49	328.32
70545	TC	255.31	242.54	278.93
70546		410.76	390.22	448.76
70546	TC	342.90	325.76	374.62
70547		281.79	267.70	307.86
70547	TC	236.58	224.75	258.46
70548		300.43	285.41	328.22
70548	TC	255.22	242.46	278.83
70549		410.76	390.22	448.76
70549	TC	342.90	325.76	374.62
70551		292.03	277.43	319.04
70551	TC	236.17	224.36	258.02
70552		322.01	305.91	351.80
70552	TC	254.74	242.00	278.30
70553		425.44	404.17	464.79
70553	TC	336.45	319.63	367.57
70557		344.72	327.48	376.61
70557	TC	232.28	220.67	253.77
70558		375.29	356.53	410.00
70558	TC	250.61	238.08	273.79
70559		456.61	433.78	498.85
70559	TC	332.24	315.63	362.97
71090		75.55	71.77	82.54
71090	TC	53.75	51.06	58.72
71250		172.21	163.60	188.14
71250	TC	128.42	122.00	140.30
71260		216.64	205.81	236.68
71260	TC	169.75	161.26	185.45
71270		253.58	240.90	277.04
71270	TC	201.50	191.43	220.14
71275		276.86	263.02	302.47
71275	TC	204.39	194.17	223.30
71550		293.01	278.36	320.11

Cont. on next page

# Políticas de Pago

# Billing Policies

## 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - PUERTO RICO / AREA 20

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
71550	TC	238.08	226.18	260.10
71551		322.27	306.16	352.08
71551	TC	256.97	244.12	280.74
71552		427.63	406.25	467.19
71552	TC	342.33	325.21	374.00
72125		172.21	163.60	188.14
72125	TC	128.42	122.00	140.30
72126		215.80	205.01	235.76
72126	TC	169.75	161.26	185.45
72127		249.60	237.12	272.69
72127	TC	201.50	191.43	220.14
72128		172.21	163.60	188.14
72128	TC	128.42	122.00	140.30
72129		215.80	205.01	235.76
72129	TC	169.75	161.26	185.45
72130		249.60	237.12	272.69
72130	TC	201.50	191.43	220.14
72131		172.21	163.60	188.14
72131	TC	128.42	122.00	140.30
72132		215.80	205.01	235.76
72132	TC	169.75	161.26	185.45
72133		249.51	237.03	272.59
72133	TC	201.40	191.33	220.03
72141		296.49	281.67	323.92
72141	TC	236.10	224.30	257.94
72142		327.47	311.10	357.76
72142	TC	254.74	242.00	278.30
72146		296.24	281.43	323.64
72146	TC	235.85	224.06	257.67
72147		327.15	310.79	357.41
72147	TC	254.67	241.94	278.23
72148		291.97	277.37	318.98
72148	TC	235.85	224.06	257.67
72149		322.26	306.15	352.07
72149	TC	254.74	242.00	278.30
72156		433.54	411.86	473.64
72156	TC	336.54	319.71	367.67
72157		433.13	411.47	473.19
72157	TC	336.38	319.56	367.50
72158		425.53	404.25	464.89
72158	TC	336.54	319.71	367.67
72191		272.63	259.00	297.85
72191	TC	204.23	194.02	223.12
72192		169.74	161.25	185.44
72192	TC	128.52	122.09	140.41
72193		213.54	202.86	233.29

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
72193	TC	169.75	161.26	185.45
72194		247.61	235.23	270.51
72194	TC	201.56	191.48	220.20
72195		293.20	278.54	320.32
72195	TC	238.01	226.11	260.03
72196		322.11	306.00	351.91
72196	TC	256.81	243.97	280.56
72197		425.25	403.99	464.59
72197	TC	339.94	322.94	371.38
72270		155.56	147.78	169.95
72270	TC	105.69	100.41	115.47
72291		157.40	149.53	171.96
72291	TC	106.49	101.17	116.34
73200		169.97	161.47	185.69
73200	TC	128.74	122.30	140.65
73202		247.77	235.38	270.69
73202	TC	201.72	191.63	220.38
73206		272.31	258.69	297.50
73206	TC	203.91	193.71	222.77
73218		289.76	275.27	316.56
73218	TC	238.81	226.87	260.90
73219		318.77	302.83	348.26
73219	TC	257.54	244.66	281.36
73220		422.16	401.05	461.21
73220	TC	340.83	323.79	372.36
73221		289.60	275.12	316.39
73221	TC	238.65	226.72	260.73
73222		318.61	302.68	348.08
73222	TC	257.38	244.51	281.19
73223		422.41	401.29	461.48
73223	TC	340.58	323.55	372.08
73530		61.77	58.68	67.48
73530	TC	50.66	48.13	55.35
73700		169.97	161.47	185.69
73700	TC	128.74	122.30	140.65
73702		247.77	235.38	270.69
73702	TC	201.72	191.63	220.38
73706		276.12	262.31	301.66
73706	TC	204.07	193.87	222.95
73718		289.76	275.27	316.56
73718	TC	238.81	226.87	260.90
73719		318.26	302.35	347.70
73719	TC	257.29	244.43	281.09
73720		421.90	400.81	460.93
73720	TC	340.83	323.79	372.36
73721		289.51	275.03	316.29

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - PUERTO RICO / AREA 20

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
73721	TC	238.55	226.62	260.62
73722		318.52	302.59	347.98
73722	TC	257.29	244.43	281.09
73723		421.90	400.81	460.93
73723	TC	340.58	323.55	372.08
74150		173.43	164.76	189.47
74150	TC	128.52	122.09	140.41
74160		218.02	207.12	238.19
74160	TC	169.91	161.41	185.63
74170		254.81	242.07	278.38
74170	TC	201.88	191.79	220.55
74175		276.02	262.22	301.55
74175	TC	204.23	194.02	223.12
74181		292.79	278.15	319.87
74181	TC	237.85	225.96	259.85
74182		322.27	306.16	352.08
74182	TC	256.97	244.12	280.74
74183		425.25	403.99	464.59
74183	TC	339.94	322.94	371.38
74190		142.13	135.02	155.28
74190	TC	123.84	117.65	135.30
74235		91.09	86.54	99.52
74235	TC	45.92	43.62	50.17
74260		79.29	75.33	86.62
74260	TC	60.42	57.40	66.01
74283		135.72	128.93	148.27
74283	TC	59.56	56.58	65.07
74300		85.82	81.53	93.76
74300	TC	72.06	68.46	78.73
74301		80.07	76.07	87.48
74301	TC	72.06	68.46	78.73
74305		84.99	80.74	92.85
74305	TC	68.97	65.52	75.35
74340		73.11	69.45	79.87
74340	TC	52.57	49.94	57.43
74350		98.75	93.81	107.88
74350	TC	70.15	66.64	76.64
74355		97.57	92.69	106.60
74355	TC	68.97	65.52	75.35
74360		65.54	62.26	71.60
74360	TC	44.49	42.27	48.61
74363		181.24	172.18	198.00
74363	TC	148.02	140.62	161.71
74420		114.85	109.11	125.47
74420	TC	101.09	96.04	110.44
74425		114.85	109.11	125.47

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
74445		145.61	138.33	159.08
74445	TC	101.72	96.63	111.13
74450		113.17	107.51	123.64
74450	TC	100.54	95.51	109.84
74470		90.76	86.22	99.16
74470	TC	70.47	66.95	76.99
74742		146.79	139.45	160.37
74742	TC	123.84	117.65	135.30
74775		124.58	118.35	136.10
74775	TC	101.09	96.04	110.44
75552		297.79	282.90	325.34
75552	TC	236.90	225.06	258.81
75553		333.58	316.90	364.44
75553	TC	256.17	243.36	279.87
75554		309.26	293.80	337.87
75554	TC	237.85	225.96	259.85
75555		306.88	291.54	335.27
75555	TC	237.85	225.96	259.85
75635		296.19	281.38	323.59
75635	TC	205.18	194.92	224.16
75660		308.40	292.98	336.93
75660	TC	258.11	245.20	281.99
75705		341.19	324.13	372.75
75705	TC	258.21	245.30	282.09
75733		309.57	294.09	338.21
75733	TC	258.53	245.60	282.44
75801		155.99	148.19	170.42
75801	TC	124.96	118.71	136.52
75803		168.78	160.34	184.39
75803	TC	124.96	118.71	136.52
75805		155.71	147.92	170.11
75805	TC	124.96	118.71	136.52
75807		169.03	160.58	184.67
75807	TC	124.96	118.71	136.52
75810		444.50	422.28	485.62
75810	TC	401.56	381.48	438.70
75860		302.32	287.20	330.28
75860	TC	257.96	245.06	281.82
75870		301.66	286.58	329.56
75870	TC	257.96	245.06	281.82
75893		278.59	264.66	304.36
75893	TC	258.05	245.15	281.92
75894		362.29	344.18	395.80
75894	TC	312.57	296.94	341.48
75896		363.02	344.87	396.60
75896	TC	312.57	296.94	341.48

Cont. on next page



## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - PUERTO RICO / AREA 20

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
75898		126.11	119.80	137.78
75898	TC	63.24	60.08	69.09
75940		346.98	329.63	379.08
75940	TC	326.25	309.94	356.43
75945		111.24	105.68	121.53
75945	TC	95.62	90.84	104.46
75946		76.26	72.45	83.31
75946	TC	60.55	57.52	66.15
75960		274.49	260.77	299.88
75960	TC	242.69	230.56	265.14
75962		278.53	264.60	304.29
75962	TC	257.89	245.00	281.74
75966		309.09	293.64	337.68
75966	TC	257.80	244.91	281.65
75970		262.76	249.62	287.07
75970	TC	231.01	219.46	252.38
75978		278.18	264.27	303.91
75978	TC	257.64	244.76	281.47
75980		189.01	179.56	206.49
75980	TC	134.66	127.93	147.12
75982		205.62	195.34	224.64
75982	TC	151.27	143.71	165.26
75992		280.85	266.81	306.83
75992	TC	259.71	246.72	283.73
76125		40.07	38.07	43.78
76125	TC	29.80	28.31	32.56
76376		33.49	31.82	36.59
76376	TC	25.68	24.40	28.06
76377		92.46	87.84	101.01
76377	TC	62.02	58.92	67.76
76380		100.90	95.86	110.23
76380	TC	63.99	60.79	69.91
76496	TC	54.48	51.76	59.52
76497	TC	64.88	61.64	70.88
76498	TC	191.78	182.19	209.52
76506		66.30	62.99	72.43
76506	TC	41.49	39.42	45.33
76812		105.63	100.35	115.40
76812	TC	37.10	35.25	40.53
76857		56.31	53.49	61.52
76857	TC	41.71	39.62	45.57
76885		69.09	65.64	75.48
76885	TC	41.33	39.26	45.15
76932		113.68	108.00	124.20
76932	TC	86.80	82.46	94.83
76936		163.43	155.26	178.55

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
76936	TC	87.28	82.92	95.35
76940		126.51	120.18	138.21
76940	TC	49.15	46.69	53.70
76941		100.66	95.63	109.97
76941	TC	49.15	46.69	53.70
76942		75.56	71.78	82.55
76942	TC	50.11	47.60	54.75
76945		68.72	65.28	75.08
76945	TC	43.27	41.11	47.27
76965		137.90	131.01	150.66
76965	TC	86.55	82.22	94.56
76975		96.80	91.96	105.75
76975	TC	65.64	62.36	71.71
76998		103.97	98.77	113.59
76998	TC	57.78	54.89	63.12
77011		216.94	206.09	237.01
77011	TC	171.18	162.62	187.01
77012		212.58	201.95	232.24
77012	TC	168.80	160.36	184.41
77013		351.85	334.26	384.40
77013	TC	201.25	191.19	219.87
77014		96.33	91.51	105.24
77014	TC	63.99	60.79	69.91
77021		246.54	234.21	269.34
77021	TC	189.40	179.93	206.92
77022		352.04	334.44	384.60
77022	TC	191.78	182.19	209.52
77031		182.13	173.02	198.98
77031	TC	122.09	115.99	133.38
77054		87.39	83.02	95.47
77054	TC	70.24	66.73	76.74
77078		58.56	55.63	63.98
77078	TC	49.13	46.67	53.67
77080		56.71	53.87	61.96
77080	TC	48.49	46.07	52.98
77084		249.95	237.45	273.07
77084	TC	189.56	180.08	207.09
77421		60.97	57.92	66.61
77421	TC	46.08	43.78	50.34
78075		141.70	134.62	154.81
78075	TC	113.44	107.77	123.93
78190		125.90	119.61	137.55
78190	TC	83.64	79.46	91.38
78206		222.87	211.73	243.49
78206	TC	186.31	176.99	203.54
78282		168.28	159.87	183.85

Cont. on next page

# Políticas de Pago

# Billing Policies

## 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - PUERTO RICO / AREA 20

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
78282	TC	153.94	146.24	168.18
78456		139.79	132.80	152.72
78456	TC	100.54	95.51	109.84
78458		135.01	128.26	147.50
78458	TC	100.70	95.67	110.01
78459		546.81	519.47	597.39
78459	TC	488.28	463.87	533.45
78465		327.75	311.36	358.07
78465	TC	270.14	256.63	295.13
78491		547.66	520.28	598.32
78491	TC	488.28	463.87	533.45
78492		563.38	535.21	615.49
78492	TC	488.28	463.87	533.45
78496		82.45	78.33	90.08
78496	TC	62.58	59.45	68.37
78607		241.22	229.16	263.53
78607	TC	194.38	184.66	212.36
78608		628.11	596.70	686.21
78608	TC	571.24	542.68	624.08
78630		171.62	163.04	187.49
78630	TC	145.87	138.58	159.36
78647		180.31	171.29	196.99
78647	TC	146.26	138.95	159.79
78710		167.04	158.69	182.49
78710	TC	142.12	135.01	155.27
78730		32.71	31.07	35.74
78730	TC	25.36	24.09	27.71
78803		208.48	198.06	227.76
78803	TC	167.00	158.65	182.45
78804		290.87	276.33	317.78
78804	TC	250.32	237.80	273.47
78806		198.77	188.83	217.16
78806	TC	166.14	157.83	181.51
78807		208.73	198.29	228.04
78807	TC	167.09	158.74	182.55
78811		630.24	598.73	688.54
78811	TC	571.24	542.68	624.08
78812		644.95	612.70	704.61
78812	TC	571.24	542.68	624.08
78813		647.50	615.13	707.39
78813	TC	571.24	542.68	624.08
78814		718.26	682.35	784.70
78814	TC	634.37	602.65	693.05
78815		727.31	690.94	794.59
78815	TC	634.37	602.65	693.05
78816		729.57	693.09	797.06

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
78816	TC	634.37	602.65	693.05
93315		369.97	351.47	404.19
93315	TC	259.96	246.96	284.01
93318		340.60	323.57	372.11
93318	TC	259.96	246.96	284.01
93571		1415.26	1344.50	1546.17
93571	TC	1342.81	1275.67	1467.02
93572		1410.24	1339.73	1540.69
93572	TC	1353.56	1285.88	1478.76
93880		124.66	118.43	136.19
93880	TC	101.67	96.59	111.07
93886		138.75	131.81	151.58
93886	TC	101.83	96.74	111.25
93888		65.09	61.84	71.11
93888	TC	40.92	38.87	44.71
93890		103.41	98.24	112.98
93890	TC	63.98	60.78	69.90
93892		108.98	103.53	119.06
93892	TC	63.89	60.70	69.80
93893		109.07	103.62	119.16
93893	TC	63.98	60.78	69.90
93925		124.87	118.63	136.42
93925	TC	102.46	97.34	111.94
93926		80.01	76.01	87.41
93926	TC	64.93	61.68	70.94
93930		119.23	113.27	130.26
93930	TC	101.35	96.28	110.72
93931		76.34	72.52	83.40
93931	TC	64.46	61.24	70.42
93970		126.90	120.56	138.64
93970	TC	100.87	95.83	110.20
93971		81.13	77.07	88.63
93971	TC	63.89	60.70	69.80
93975		170.90	162.36	186.71
93975	TC	101.83	96.74	111.25
93976		146.62	139.29	160.18
93976	TC	100.87	95.83	110.20
93978		89.13	84.67	97.37
93978	TC	63.98	60.78	69.90
93979		81.00	76.95	88.49
93979	TC	64.05	60.85	69.97
93981		79.47	75.50	86.82
93981	TC	62.61	59.48	68.40
93990		74.55	70.82	81.45
93990	TC	64.93	61.68	70.94

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - VIRGIN ISLANDS / AREA 50

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
G0365		164.64	156.41	179.87
G0365	TC	153.18	145.52	167.35
0067T	TC	301.81	286.72	329.73
0144T	TC	256.92	244.07	280.69
0145T	TC	310.56	295.03	339.29
0146T	TC	310.56	295.03	339.29
0147T	TC	310.56	295.03	339.29
0148T	TC	405.09	384.84	442.56
0149T	TC	405.09	384.84	442.56
0150T	TC	256.92	244.07	280.69
0151T	TC	95.98	91.18	104.86
70170		197.54	187.66	215.81
70170	TC	184.15	174.94	201.18
70336		349.37	331.90	381.69
70336	TC	283.40	269.23	309.61
70480		249.78	237.29	272.88
70480	TC	192.62	182.99	210.44
70482		365.63	347.35	399.45
70482	TC	301.32	286.25	329.19
70486		243.20	231.04	265.70
70486	TC	192.60	182.97	210.42
70496		380.46	361.44	415.65
70496	TC	302.40	287.28	330.37
70498		380.46	361.44	415.65
70498	TC	302.40	287.28	330.37
70540		413.70	393.02	451.97
70540	TC	353.61	335.93	386.32
70542		453.14	430.48	495.06
70542	TC	381.33	362.26	416.60
70543		601.78	571.69	657.44
70543	TC	505.74	480.45	552.52
70544		407.05	386.70	444.70
70544	TC	353.47	335.80	386.17
70545		434.76	413.02	474.98
70545	TC	381.55	362.47	416.84
70546		585.86	556.57	640.05
70546	TC	505.87	480.58	552.66
70547		406.68	386.35	444.30
70547	TC	353.47	335.80	386.17
70548		434.41	412.69	474.59
70548	TC	381.20	362.14	416.46
70549		585.86	556.57	640.05
70549	TC	505.87	480.58	552.66
70551		419.07	398.12	457.83
70551	TC	353.09	335.44	385.75
70552		460.54	437.51	503.14

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
70552	TC	381.17	362.11	416.43
70553		609.91	579.41	666.33
70553	TC	505.11	479.85	551.83
70557		485.52	461.24	530.43
70557	TC	353.20	335.54	385.87
70558		528.07	501.67	576.92
70558	TC	380.91	361.86	416.14
70559		652.34	619.72	712.68
70559	TC	505.19	479.93	551.92
71090		106.26	100.95	116.09
71090	TC	80.25	76.24	87.67
71250		243.82	231.63	266.37
71250	TC	192.22	182.61	210.00
71260		309.42	293.95	338.04
71260	TC	254.22	241.51	277.74
71270		363.04	344.89	396.62
71270	TC	301.65	286.57	329.55
71275		388.09	368.69	423.99
71275	TC	302.53	287.40	330.51
71550		417.84	396.95	456.49
71550	TC	353.22	335.56	385.89
71551		458.38	435.46	500.78
71551	TC	381.31	362.24	416.58
71552		606.06	575.76	662.12
71552	TC	505.48	480.21	552.24
72125		243.82	231.63	266.37
72125	TC	192.22	182.61	210.00
72126		308.43	293.01	336.96
72126	TC	254.22	241.51	277.74
72127		358.50	340.58	391.66
72127	TC	301.65	286.57	329.55
72128		243.82	231.63	266.37
72128	TC	192.22	182.61	210.00
72129		308.43	293.01	336.96
72129	TC	254.22	241.51	277.74
72130		358.50	340.58	391.66
72130	TC	301.65	286.57	329.55
72131		243.82	231.63	266.37
72131	TC	192.22	182.61	210.00
72132		308.43	293.01	336.96
72132	TC	254.22	241.51	277.74
72133		358.14	340.23	391.27
72133	TC	301.29	286.23	329.16
72141		424.63	403.40	463.91
72141	TC	353.44	335.77	386.13

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - VIRGIN ISLANDS / AREA 50

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
72142		467.10	443.75	510.31
72142	TC	381.17	362.11	416.43
72146		424.26	403.05	463.50
72146	TC	353.07	335.42	385.73
72147		467.08	443.73	510.28
72147	TC	381.51	362.43	416.80
72148		419.41	398.44	458.21
72148	TC	353.07	335.42	385.73
72149		460.90	437.86	503.53
72149	TC	381.17	362.11	416.43
72156		619.75	588.76	677.08
72156	TC	505.46	480.19	552.22
72157		619.38	588.41	676.67
72157	TC	505.45	480.18	552.20
72158		610.27	579.76	666.72
72158	TC	505.46	480.19	552.22
72191		383.19	364.03	418.64
72191	TC	302.52	287.39	330.50
72192		241.25	229.19	263.57
72192	TC	192.58	182.95	210.39
72193		305.82	290.53	334.11
72193	TC	254.22	241.51	277.74
72194		355.50	337.73	388.38
72194	TC	301.30	286.24	329.17
72195		418.55	397.62	457.27
72195	TC	353.56	335.88	386.26
72196		458.37	435.45	500.77
72196	TC	381.30	362.24	416.57
72197		605.91	575.61	661.96
72197	TC	505.33	480.06	552.07
72270		217.73	206.84	237.87
72270	TC	159.00	151.05	173.71
72291		220.40	209.38	240.79
72291	TC	159.05	151.10	173.76
73200		240.92	228.87	263.21
73200	TC	192.24	182.63	210.02
73202		355.51	337.73	388.39
73202	TC	301.31	286.24	329.18
73206		383.17	364.01	418.61
73206	TC	302.50	287.38	330.48
73218		413.70	393.02	451.97
73218	TC	353.61	335.93	386.32
73219		453.87	431.18	495.85
73219	TC	381.69	362.61	417.00
73220		601.78	571.69	657.44
73220	TC	505.74	480.45	552.52

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
73221		413.69	393.01	451.96
73221	TC	353.60	335.92	386.31
73222		453.86	431.17	495.84
73222	TC	381.68	362.60	416.99
73223		602.14	572.03	657.84
73223	TC	505.37	480.10	552.12
73530		89.30	84.84	97.56
73530	TC	76.22	72.41	83.27
73700		240.92	228.87	263.21
73700	TC	192.24	182.63	210.02
73702		355.51	337.73	388.39
73702	TC	301.31	286.24	329.18
73706		387.46	368.09	423.30
73706	TC	302.51	287.38	330.49
73718		413.70	393.02	451.97
73718	TC	353.61	335.93	386.32
73719		453.14	430.48	495.06
73719	TC	381.33	362.26	416.60
73720		601.41	571.34	657.04
73720	TC	505.74	480.45	552.52
73721		413.33	392.66	451.56
73721	TC	353.25	335.59	385.93
73722		453.51	430.83	495.46
73722	TC	381.33	362.26	416.60
73723		601.41	571.34	657.04
73723	TC	505.37	480.10	552.12
74150		245.48	233.21	268.19
74150	TC	192.58	182.95	210.39
74160		311.09	295.54	339.87
74160	TC	254.23	241.52	277.75
74170		363.70	345.52	397.34
74170	TC	301.32	286.25	329.19
74175		387.10	367.75	422.91
74175	TC	302.52	287.39	330.50
74181		418.18	397.27	456.86
74181	TC	353.55	335.87	386.25
74182		458.38	435.46	500.78
74182	TC	381.31	362.24	416.58
74183		605.91	575.61	661.96
74183	TC	505.33	480.06	552.07
74190		205.82	195.53	224.86
74190	TC	184.25	175.04	201.29
74235		121.49	115.42	132.73
74235	TC	68.23	64.82	74.54
74260		111.26	105.70	121.55

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - VIRGIN ISLANDS / AREA 50

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
74260	TC	89.06	84.61	97.30
74283		179.15	170.19	195.72
74283	TC	89.35	84.88	97.61
74300		121.88	115.79	133.15
74300	TC	105.52	100.24	115.28
74301		115.00	109.25	125.64
74301	TC	105.52	100.24	115.28
74305		124.64	118.41	136.17
74305	TC	105.67	100.39	115.44
74340		104.71	99.47	114.40
74340	TC	80.53	76.50	87.98
74350		139.01	132.06	151.87
74350	TC	105.39	100.12	115.14
74355		139.29	132.33	152.17
74355	TC	105.67	100.39	115.44
74360		93.06	88.41	101.67
74360	TC	68.14	64.73	74.44
74363		265.84	252.55	290.43
74363	TC	226.65	215.32	247.62
74420		166.68	158.35	182.10
74420	TC	150.32	142.80	164.22
74425		166.68	158.35	182.10
74425	TC	150.32	142.80	164.22
74445		202.77	192.63	221.53
74445	TC	150.36	142.84	164.27
74450		165.69	157.41	181.02
74450	TC	150.63	143.10	164.56
74470		129.23	122.77	141.18
74470	TC	105.41	100.14	115.16
74742		211.34	200.77	230.89
74742	TC	184.25	175.04	201.29
74775		178.09	169.19	194.56
74775	TC	150.32	142.80	164.22
75552		425.41	404.14	464.76
75552	TC	353.49	335.82	386.19
75553		472.64	449.01	516.36
75553	TC	381.26	362.20	416.53
75554		438.15	416.24	478.68
75554	TC	353.55	335.87	386.25
75555		435.69	413.91	475.99
75555	TC	353.55	335.87	386.25
75635		410.09	389.59	448.02
75635	TC	302.58	287.45	330.57
75660		448.28	425.87	489.75
75660	TC	388.72	369.28	424.68
75705		487.85	463.46	532.98

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
75705	TC	389.07	369.62	425.06
75733		449.75	427.26	491.35
75733	TC	389.09	369.64	425.08
75801		222.01	210.91	242.55
75801	TC	184.32	175.10	201.37
75803		235.86	224.07	257.68
75803	TC	184.32	175.10	201.37
75805		220.94	209.89	241.38
75805	TC	184.32	175.10	201.37
75807		236.23	224.42	258.08
75807	TC	184.32	175.10	201.37
75810		642.97	610.82	702.44
75810	TC	592.37	562.75	647.16
75860		441.15	419.09	481.96
75860	TC	388.71	369.27	424.67
75870		440.41	418.39	481.15
75870	TC	388.71	369.27	424.67
75893		413.25	392.59	451.48
75893	TC	389.06	369.61	425.05
75894		579.54	550.56	633.15
75894	TC	520.36	494.34	568.49
75896		579.94	550.94	633.58
75896	TC	520.36	494.34	568.49
75898		179.52	170.54	196.13
75898	TC	105.31	100.04	115.05
75940		546.13	518.82	596.65
75940	TC	521.23	495.17	569.44
75945		171.82	163.23	187.71
75945	TC	152.77	145.13	166.90
75946		116.16	110.35	126.90
75946	TC	96.75	91.91	105.70
75960		425.77	404.48	465.15
75960	TC	387.74	368.35	423.61
75962		413.59	392.91	451.85
75962	TC	389.05	369.60	425.04
75966		449.72	427.23	491.32
75966	TC	388.70	369.27	424.65
75970		424.97	403.72	464.28
75970	TC	387.35	367.98	423.18
75978		412.87	392.23	451.06
75978	TC	388.69	369.26	424.64
75980		289.80	275.31	316.61
75980	TC	225.80	214.51	246.69
75982		290.50	275.98	317.37
75982	TC	226.51	215.18	247.46

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - VIRGIN ISLANDS / AREA 50

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
75992		414.09	393.39	452.39
75992	TC	388.82	369.38	424.79
76125		56.25	53.44	61.45
76125	TC	44.15	41.94	48.23
76376		47.48	45.11	51.87
76376	TC	37.96	36.06	41.47
76377		132.86	126.22	145.15
76377	TC	95.80	91.01	104.66
76380		138.99	132.04	151.85
76380	TC	95.57	90.79	104.41
76496	TC	80.65	76.62	88.11
76497	TC	95.98	91.18	104.86
76498	TC	283.56	269.38	309.79
76506		92.26	87.65	100.79
76506	TC	62.01	58.91	67.75
76812		142.58	135.45	155.77
76812	TC	61.38	58.31	67.06
76857		79.03	75.08	86.34
76857	TC	61.68	58.60	67.39
76885		94.63	89.90	103.38
76885	TC	62.00	58.90	67.74
76932		162.81	154.67	177.87
76932	TC	130.90	124.36	143.01
76936		221.94	210.84	242.47
76936	TC	130.93	124.38	143.04
76940		170.64	162.11	186.42
76940	TC	74.02	70.32	80.87
76941		135.25	128.49	147.76
76941	TC	74.02	70.32	80.87
76942		104.15	98.94	113.78
76942	TC	74.08	70.38	80.93
76945		103.72	98.53	113.31
76945	TC	73.65	69.97	80.46
76965		191.75	182.16	209.49
76965	TC	130.54	124.01	142.61
76975		134.07	127.37	146.47
76975	TC	97.07	92.22	106.05
76998		153.34	145.67	167.52
76998	TC	96.93	92.08	105.90
77011		308.20	292.79	336.71
77011	TC	254.31	241.59	277.83
77012		305.76	290.47	334.04
77012	TC	254.16	241.45	277.67
77013		478.93	454.98	523.23
77013	TC	301.28	286.22	329.15
77014		133.82	127.13	146.20

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
77014	TC	95.57	90.79	104.41
77021		351.45	333.88	383.96
77021	TC	283.41	269.24	309.63
77022		473.73	450.04	517.55
77022	TC	283.56	269.38	309.79
77031		255.36	242.59	278.98
77031	TC	184.14	174.93	201.17
77054		126.02	119.72	137.68
77054	TC	105.75	100.46	115.53
77078		84.43	80.21	92.24
77078	TC	73.32	69.65	80.10
77080		83.19	79.03	90.89
77080	TC	73.28	69.62	80.06
77084		354.61	336.88	387.41
77084	TC	283.42	269.25	309.64
77421		85.90	81.61	93.85
77421	TC	68.24	64.83	74.55
78075		202.27	192.16	220.98
78075	TC	168.92	160.47	184.55
78190		175.60	166.82	191.84
78190	TC	124.76	118.52	136.30
78206		315.89	300.10	345.11
78206	TC	272.74	259.10	297.97
78282		244.71	232.47	267.35
78282	TC	227.72	216.33	248.78
78456		197.23	187.37	215.47
78456	TC	150.63	143.10	164.56
78458		191.19	181.63	208.88
78458	TC	150.64	143.11	164.57
78459		809.56	769.08	884.44
78459	TC	740.38	703.36	808.87
78465		473.14	449.48	516.91
78465	TC	404.85	384.61	442.30
78491		811.01	770.46	886.03
78491	TC	740.38	703.36	808.87
78492		829.88	788.39	906.64
78492	TC	740.38	703.36	808.87
78496		117.40	111.53	128.26
78496	TC	93.74	89.05	102.41
78607		344.56	327.33	376.43
78607	TC	289.32	274.85	316.08
78608		933.12	886.46	1019.43
78608	TC	866.15	822.84	946.27
78630		248.16	235.75	271.11
78630	TC	217.78	206.89	237.92

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### 2007 PAYMENT CAP FOR TECHNICAL COMPONENT (TC) OF IMAGING PROCEDURES - VIRGIN ISLANDS / AREA 50

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
78647		257.63	244.75	281.46
78647	TC	217.45	206.58	237.56
78710		242.39	230.27	264.81
78710	TC	213.00	202.35	232.70
78730		47.36	44.99	51.74
78730	TC	37.94	36.04	41.45
78803		297.50	282.63	325.02
78803	TC	248.46	236.04	271.44
78804		416.70	395.87	455.24
78804	TC	369.01	350.56	403.14
78806		287.32	272.95	313.90
78806	TC	248.76	236.32	271.77
78807		297.86	282.97	325.41
78807	TC	248.82	236.38	271.84
78811		936.88	890.04	1023.54
78811	TC	866.15	822.84	946.27
78812		953.84	906.15	1042.07
78812	TC	866.15	822.84	946.27
78813		956.76	908.92	1045.26
78813	TC	866.15	822.84	946.27
78814		1061.44	1008.37	1159.62
78814	TC	962.02	913.92	1051.01
78815		1071.88	1018.29	1171.03
78815	TC	962.02	913.92	1051.01
78816		1074.48	1020.76	1173.87
78816	TC	962.02	913.92	1051.01
93315		519.56	493.58	567.62
93315	TC	389.18	369.72	425.18
93318		484.56	460.33	529.38
93318	TC	389.18	369.72	425.18
93571		2097.04	1992.19	2291.02
93571	TC	2010.82	1910.28	2196.82
93572		2093.81	1989.12	2287.49
93572	TC	2026.87	1925.53	2214.36
93880		180.65	171.62	197.36
93880	TC	153.15	145.49	167.32
93886		197.49	187.62	215.76
93886	TC	153.16	145.50	167.33
93888		90.84	86.30	99.24
93888	TC	61.63	58.55	67.33
93890		144.63	137.40	158.01
93890	TC	97.32	92.45	106.32
93892		150.79	143.25	164.74
93892	TC	96.96	92.11	105.93
93893		151.15	143.59	165.13
93893	TC	97.32	92.45	106.32

HCPCS	MOD	NONFACILITY CAPPED AMOUNT	NONPAR	LIMITING CHARGE
93925		180.08	171.08	196.74
93925	TC	153.20	145.54	167.37
93926		115.75	109.96	126.46
93926	TC	97.38	92.51	106.39
93930		174.79	166.05	190.96
93930	TC	153.13	145.47	167.29
93931		111.77	106.18	122.11
93931	TC	97.35	92.48	106.35
93970		184.55	175.32	201.62
93970	TC	153.10	145.45	167.26
93971		117.59	111.71	128.47
93971	TC	96.96	92.11	105.93
93975		236.03	224.23	257.86
93975	TC	153.16	145.50	167.33
93976		206.99	196.64	226.14
93976	TC	153.10	145.45	167.26
93978		127.83	121.44	139.65
93978	TC	97.32	92.45	106.32
93979		117.29	111.43	128.14
93979	TC	96.97	92.12	105.94
93981		116.84	111.00	127.65
93981	TC	96.88	92.04	105.84
93990		109.19	103.73	119.29
93990	TC	97.38	92.51	106.39

— — —  
**\*CPT codes are descriptors only are copyright 2006 American Medical Association. All rights reserved. Applicable FARS/DFARS apply.**

## Políticas de Pago

### PROCESAMIENTO DE TODOS LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO REPORTADOS EN RECLAMACIONES SOMETIDAS A LOS CONTRATISTAS

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

A partir del 1 de julio de 2007, el sistema estándar del contratistas para Medicare procesará automáticamente todos los códigos de diagnóstico que usted someta en sus reclamaciones.

El CR4276, la segunda fase en la implementación del acuerdo *Negotiated Rulemaking* para que considere automáticamente todos los códigos de diagnóstico reportados en reclamaciones, incluye la conclusión de los requisitos y el desarrollo de codificación para el sistema estándar utilizado por los Contratistas de Medicare.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina este al tanto de estos cambios que permiten que se reporten 8 códigos de diagnóstico en reclamaciones de Medicare, a partir del 1 de julio de 2007.

#### Trasfondo

Mientras el **American National Standards Institute** (ANSI) 837P 4010A permite que se reporte hasta un máximo de 8 códigos de diagnóstico en el "loop" 2300, el sistema estándar de contratistas de Medicare usa solamente los primeros 4 códigos de diagnóstico al procesar reclamaciones en formato HIPAA. Los contratistas han utilizado el proceso manual para considerar los códigos restantes en la determinación de pago de Medicare.

En el CR4276, del cual se extrae este artículo, CMS requiere que (vigente el 1 de julio de 2007) el sistema estándar de Contratistas de Medicare capture y procese todos los códigos de

## Billing Policies

### PROCESSING ALL DIAGNOSIS CODES REPORTED ON CLAIMS SUBMITTED TO CARRIERS

#### Provider Types Affected

*All physicians and providers submitting claims to carriers*

#### Provider Action Needed

*Effective, at the earliest, July 1, 2007, the carrier standard system for Medicare will automatically process all diagnosis codes that you submit on your claims.*

*CR4276, the second phase in the implementation of the Negotiated Rulemaking agreement to automatically consider all diagnosis codes reported on claims, includes finalization of the requirements and coding development for the standard system used by Medicare carriers.*

*Make sure that your billing staffs are aware of these changes that allow eight diagnosis codes on Medicare claims effective, at the earliest, July 1, 2007.*

#### Background

*While the **American National Standards Institute** (ANSI) 837P 4010A allows the reporting of up to eight diagnosis codes in the 2300 loop, the Medicare carrier standard system uses only the first four diagnosis codes when processing HIPAA format claims. Carriers have used a manual process to consider the remaining diagnosis codes in the Medicare payment determination.*

*In CR4276, from which this article is taken, CMS is requiring that (effective no earlier than July 1, 2007) the Medicare carrier standard system capture and process all*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

diagnóstico que se reportan en una reclamación, hasta un máximo de 8, en cualquier reclamación procesada (tanto en reclamaciones de papel o como en transacciones electrónicas).

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre la aplicación de todos los códigos de diagnóstico reportados en reclamaciones procesadas por contratistas en el CR4276, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1095CP.pdf>.

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

## Billing Policies

*diagnosis codes that are reported, up to the maximum of eight, on any claim (both electronic and paper) processed.*

### Additional Information

*You can find more information about the application of all diagnosis codes reported in processing carrier claims by viewing CR4276 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1095CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM4276/Trans. R1095CP/CR4276/11-29-06/mlv

## NUEVAS PRUEBAS DE DISPENSA

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare y/o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5404, la cual informa a los Contratistas y Contratistas MAC A/B sobre nuevas pruebas que obtuvieron dispensa por parte de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) bajo las Enmiendas de Mejoras de Laboratorio Clínico (*Clinical Laboratory Improvement Amendments [CLIA]*) de 1988.

### Trasfondo

Las regulaciones de CLIA de 1988 requieren que las instalaciones estén debidamente certificadas para cada prueba que realizan. Las reclamaciones de laboratorio son actualmente editadas en el nivel de certificación de CLIA para poder asegurar que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) pagan solamente por pruebas de laboratorio clasificadas con complejidad de dispensa bajo CLIA (en instalaciones con un certificado de dispensa bajo CLIA).

## NEW WAIVED TESTS

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare carriers and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services provided to Medicare beneficiaries.*

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5404 which informs carriers and A/B MACS of new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).*

### Background

*The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) regulations require a facility to be appropriately certified for each test they perform. Laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level in order to ensure that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) only pays for laboratory tests categorized as waived complexity under CLIA (for facilities with a CLIA certificate of waiver).*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Las nuevas pruebas de dispensa son aprobadas por la FDA según van fluyendo, y las pruebas adquieren validez tan pronto como son aprobadas. Las pruebas de dispensa más recientes que se anuncian en el CR5404 se encuentran en la tabla que sigue:

Newly Added CLIA Waived Tests	Effective Date	Current Procedural Terminology (CPT) Code(s) / Modifier
Immunostics, Inc., hema-screen Specific Immunochemical Fecal Occult Blood Test	June 15, 2006	82274QW, G0328QW;
Gryphus Diagnostics BVBlue	June 30, 2006	87899QW
ESA Biosciences LeadCare II Blood Lead Testing System (whole blood)	September 18, 2006	83655QW.

**Nota: Los códigos del Manual de Códigos de Procedimientos (CPT por sus siglas en inglés) para estas nuevas pruebas de dispensa deben tener el modificador QW para que sean reconocidas como pruebas de dispensa. Además,** en 2007, el nuevo código CPT/HCPCS 87808QW (*Infectious agent antigen detection by immunoassay with direct optical observation; Trichomonas vaginalis*) sustituye el código 87899QW que fue asignado a la prueba Genzyme OSOM *Trichomonas Rapid Test*.

### Información Adicional

Puede encontrar detalles completos en la instrucción oficial (CR5404), enviada a su Contratista o Contratista MAC A/B, sobre este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1115CP.pdf>.

El anejo al CR5404 incluye una lista de las pruebas que obtuvieron dispensa bajo el CLIA, y las pruebas mencionadas en la primera página del anejo (ejemplo, Códigos CPT: 81002, 81025, 82270, 82272, G0394, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651) no requieren el modificador QW para que se reconozca como una prueba de dispensa.

Según se menciona en la Petición de Cambio (CR) 5292 (Trans. 1062, del 22 de septiembre de 2006), el código HCPCS G0107 (Colorectal Cancer Screening; fecal-occult blood test, 1-3 simultaneous determinations) será retirado vigente el 1 de enero de 2007 y ha sido reemplazado con el código CPT 82270 [Blood, occult, by peroxidase

## Billing Policies

*New waived tests are approved by the FDA on a flow basis, and the tests are valid as soon as they are approved. The new waived tests announced by CR5404 are in the following table:*

**Note: The Current Procedural Terminology (CPT) codes for these new waived tests must have the modifier QW to be recognized as a waived test. Also, for 2007, the new CPT/HCPCS code 87808QW (*Infectious agent antigen detection by immunoassay with direct optical observation; Trichomonas vaginalis*) replaces the code 87899QW that was assigned to the Genzyme OSOM *Trichomonas Rapid Test*.**

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction, CR5404, issued to your carrier or A/B MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1115CP.pdf> on the CMS web site. The attachment to CR 5404 includes the list of tests granted waived status under CLIA, and the tests mentioned on the first page of the attachment (i.e., CPT codes: 81002, 81025, **82270**, 82272, **G0394**, 82962, 83026, 84830, 85013, and 85651) do not require a QW modifier to be recognized as a waived test.*

*As mentioned in Change Request 5292 (Transmittal 1062, dated September 22, 2006), the HCPCS code **G0107** (Colorectal Cancer Screening; fecal-occult blood test, 1-3 simultaneous determinations) will be retired effective January 1, 2007 and has been replaced with CPT code 82270 [Blood, occult,*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

*activity (e.g., Guaiac) qualitative; feces, consecutive collected specimens with single determination, for colorectal neoplasm screening (i.e., patient was provided three cards or single triple card for consecutive collection)].*

Durante el año 2007, el nuevo código CPT/HCPCS **G0394** es para la prueba de detección de sangre fecal oculta (e.g., guaiac), heces fecales, para determinación sencilla de neoplasma colorectal (i.e., el paciente recibió tres tarjetas o una sola tarjeta triple para la recolección consecutiva de la muestra). Este código no requiere el uso del modificador QW.

El CR5292 (Trans. 1062, del 22 de septiembre de 2006) se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1062CP.pdf>.

El artículo MLN Matters que se basa en el CR5292 se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5292.pdf>.

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

## Billing Policies

*by peroxidase activity (e.g., Guaiac) qualitative; feces, consecutive collected specimens with single determination, for colorectal neoplasm screening (i.e., patient was provided three cards or single triple card for consecutive collection)].*

*For 2007, the new CPT/HCPCS code **G0394** is for Blood occult test (e.g., guaiac), feces, for single determination for colorectal neoplasm (i.e., patient was provided three cards or single triple card for consecutive collection). This code does not require a QW modifier.*

*To view CR5292 (Transmittal 1062, dated September 22, 2006), please go to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1062CP.pdf> on the CMS web site. The MLN Matters article based on CR5292 is located at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5292.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5404 / Trans R1115CP / CR5404 / 12-13-06 / mlv / mar

### ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LOS ÉDITOS DEL CORRECT CODING INITIATIVE (CCI), VERSIÓN 13.0, VIGENTES EL 1 DE ENERO DE 2007

#### Proveedores Afectados

Médicos que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los Contratistas Administrativos A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

Este artículo, y la Petición de Cambio (CR) 5422 relacionada, proveen un recordatorio a los médicos para que tomen nota de las actualizaciones trimestrales a las iniciativas de codificación. El más reciente paquete de éditos del *Correct Coding*

### QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 13.0, EFFECTIVE JANUARY 1, 2007

#### Provider Types Affected

*Physicians who submit claims to Medicare carriers and A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs).*

#### Background

*This article and related Change Request (CR) 5422 provide a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to the*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

*Initiative* (CCI), Versión 13.0, con vigencia el 1 de enero de 2007, estará disponible a través del Centro de Data de CMS (CDC por sus siglas en inglés).

Los médicos podrán ver los éditos vigentes realizados al CCI y al *Mutually Exclusive Code* (MEC) visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

El CCI, desarrollado por CMS, ayuda a promover metodologías de codificación correctas a nivel nacional y controla la codificación inadecuada. Las políticas de codificación desarrolladas se basan en acuerdos de codificación definidos en el *Current Procedural Terminology* (CPT) de la Asociación Médica Americana, políticas nacionales y locales, así como éditos, guías de codificación desarrolladas por sociedades de especialidades médicas, análisis de las prácticas estándares médicas y quirúrgicas, y revisión de las prácticas actuales de codificación. El más reciente grupo de éditos de CCI, Versión 13.0, entra en vigor el 1 de enero de 2007. Esta versión incluirá todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente, y estará organizada en dos (2) tablas:

- Columna 1/Columna 2 Tabla de Éditos de Codificación Correcta; y
- Tabla de Éditos MEC

### Información Adicional

Los formatos de CCI y MEC se mantendrán en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 23, Sección 20.9, y estarán disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>.

La instrucción oficial (CR5422) enviada por Medicare a su Contratista de la Parte B o Contratista MAC A/B está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1124CP.pdf>.

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

## Billing Policies

*coding initiatives. The latest package of Correct Coding Initiative (CCI) edits, Version 13.0, effective January 1, 2007, will be available via the CMS Data Center (CDC).*

*Physicians may view the current CCI edits and the current Mutually Exclusive Code (MEC) edits at <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) web site.*

*The National Correct Coding Initiative developed by CMS helps promote national correct coding methodologies and controls improper coding. The coding policies developed are based on coding conventions defined in the American Medical Association's Current Procedural Terminology (CPT) manual, national and local policies and edits, coding guidelines developed by national societies, analysis of standard medical and surgical practice, and review of current coding practice. The latest package of CCI edits, Version 13.0, is effective on January 1, 2007. This version will include all previous versions and updates from January 1, 1996 to the present and will be organized in two tables:*

- *Column 1/Column 2 Correct Coding Edits table; and*
- *MEC Edits table.*

### Additional Information

*The CCI and MEC file formats will be maintained in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 23, Section 20.9, which can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS web site.*

*You may see the official instruction (CR5422) issued to your Medicare carrier or A/B MAC by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1124CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5422 / Trans R1124CP / CR5422 / 12-08-06 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### ÉDITOS MÉDICAMENTE IMPROBABLES (MUES)

#### Tipos de Proveedores Afectados

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

#### Trasfondo

Con el fin de disminuir el tasa de error en reclamaciones pagadas por el Sistema de Pago por Servicios Mediante Tarifa Fija de Medicare (FFS), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establecieron éditos de unidades de servicios, también conocidos como Éditos Médicamente Improbables (MUEs, por sus siglas en inglés). El contratista de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI, por sus siglas en inglés) desarrolla y mantiene los MUEs.

- Un MUE se define como un édito que prueba (compara) las líneas de reclamaciones para el mismo beneficiario, el código HCPCS, fecha de servicio, y proveedor que factura contra un número de criterio de unidades de servicio.
- Los MUEs denegarán de manera automática las líneas de reclamación que contengan unidades de servicio facturadas en exceso del criterio MUE o las Devolverá al Proveedor (RTP, por sus siglas en inglés) que contengan líneas con unidades de servicio que exceden el criterio de un MUE.

#### Puntos Claves

- El CR5402 establece que los contratistas de Medicare denegarán la línea de la reclamación

## Billing Policies

### MEDICALLY UNLIKELY EDITS (MUES)

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers who bill Medicare fiscal intermediaries (FIs), carriers, Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), durable medical equipment regional carriers (DMERCs), DME Medicare Administrative contractors (DME/MACs), and/or regional home health intermediaries (RHHIs).*

#### Background

*In order to lower the Medicare fee-for-service paid claims error rate, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) established units of service edits referred to below as MUEs. The National Correct Coding Initiative (NCCI) contractor develops and maintains MUEs.*

- *An MUE is defined as an edit that tests claim lines for the same beneficiary, Health Care Common Procedure Code System (HCPCS) code, date of service, and billing provider against a criteria number of units of service.*
- *The MUEs will auto-deny claim line items containing units of service billed in excess of the MUE criteria or Return to Provider (RTP) claims that contain lines that have units of service that exceed an MUE criteria.*

#### Key Points

- *CR5402 states that Medicare contractors will deny the claim line or RTP claims with*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

o las Devolverá al Proveedor (RTP) con unidades de servicio que exceden el criterio MUE y pagarán los otros servicios en la reclamación como parte de las actividades iniciales del procesamiento de reclamaciones.

- Los MUEs que se implementarán a través de esta notificación se basan en consideraciones anatómicas. CMS cree que la mayoría de los MUEs basados en consideraciones anatómicas no son controversiales, pero CMS permitirá y requerirá un proceso de apelación para aquellos artículos de línea de reclamaciones que se rechacen como resultado de un édito de MUE.
- No se permitirá ni se requerirá un proceso de apelación para reclamaciones que resulten RTP como resultado de un édito de MUE. En su lugar, los proveedores deben volver a someter las reclamaciones corregidas.
- Este grupo de MUEs que se basa en consideraciones anatómicas está enfocado en aproximadamente 2,800 códigos.
- Cargos en **exceso debido a unidades de servicio mayores a los MUE** no pueden facturarse al beneficiario (esta es una “**responsabilidad del proveedor**”), y esta disposición no puede dispensarse ni dar paso a un ABN (Advanced Beneficiary Notice).

### Información Adicional

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

Si desea más detalles sobre el CR5402, refiérase a la instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista, FI o Contratista MAC A/B. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R178PI.pdf>.

## Billing Policies

*units of service that exceed MUE criteria and pay the other services on the claim as part of initial claims processing activities.*

- *The MUEs that will be implemented by this notice are based on anatomic considerations. CMS believes that most MUEs based on anatomic considerations are not controversial, but CMS will allow and require an appeals process for those claim line items that are denied as a result of an MUE edit.*
- *An appeals process will not be allowed or required for claims that are RTP'ed as a result of an MUE edit. Instead, providers should resubmit corrected claims.*
- *This set of MUEs that is based on anatomical considerations addresses approximately 2,800 codes.*
- *Excess **charges due to units of service greater than the MUE** may not be billed to the beneficiary (this is a “**provider liability**”), and this provision can neither be waived nor subject to an Advanced Beneficiary Notice (ABN).*

### Additional Information

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

*For complete details regarding CR 5402 please see the official instruction issued to your Medicare FI, Carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R178PI.pdf> on the CMS web site.*

Pub. MM5402 / Trans R178PI / CR5402 / 12-08-06 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### ÉDITOS PARA DUPLICADOS DE RECLAMACIONES DEL COMMON WORKING FILE (CWF) PARA EL COMPONENTE TÉCNICO (TC) DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y SERVICIOS DE LABORATORIO DE PATOLOGÍA PROVISTO A PACIENTES HOSPITALIZADOS

#### Proveedores Afectados

Suplidores de servicios de radiología, médicos y otros profesionales de la salud que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare por concepto del Componente Técnico (TC, por sus siglas en inglés) en servicios radiológicos prestados a pacientes de Medicare hospitalizados, mediante un sistema de tarifas “fee-for-service” (FFS). También se afectan los laboratorios independientes que facturan a los Contratistas de Medicare por el Componente Técnico de servicios de patología prestados a pacientes de Medicare hospitalizados, mediante un sistema de tarifas FFS.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Vigente el 1 de abril de 2007, CMS instalará sistemas de éditos para evitar pagos indebidos a suplidores de servicios radiológicos, médicos y otros profesionales de la salud por concepto del Componente Técnico de servicios radiológicos durante una estadía en un hospital. Los éditos al sistema también aplicarán a laboratorios independientes por concepto del Componente Técnico de servicios de patología prestados a beneficiarios de Medicare durante una estadía cubierta en hospital o prestados en la misma fecha en que se prestó un servicio ambulatorio. Este cambio aplica a reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, cuando la reclamación se recibe a partir del 1 de abril de 2007. Asegúrese que el personal de facturación de su oficina está al tanto de estos cambios.

## Billing Policies

### COMMON WORKING FILE (CWF) DUPLICATE CLAIM EDIT FOR THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF RADIOLOGY AND PATHOLOGY LABORATORY SERVICES PROVIDED TO HOSPITAL PATIENTS

#### Provider Types Affected

*Radiology suppliers, physicians and non-physician practitioners billing Medicare carriers for the TC of **radiology** laboratory services provided to Medicare fee-for-service hospital inpatients. Also affected are independent laboratories billing Medicare carriers for the TC of **pathology** laboratory services provided to Medicare fee-for-service hospital patients.*

#### Provider Action Needed

*Effective April 1, 2007, CMS will install systems edits to prevent improper payments to radiology suppliers, physicians and non-physician practitioners for the TC of radiology laboratory services during an inpatient stay. The system edits will also apply to independent laboratories for the TC of pathology laboratory services provided to beneficiaries during a covered inpatient hospital stay or provided on the same date of service as an outpatient service. This change applies to claims with dates of service on or after January 1, 2007, where the claim is received on or after April 1, 2007. Please be sure billing staff are aware of these changes.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

Las prácticas vigentes de facturación de Medicare permiten que tanto el hospital como el suplidor que lleva a cabo el Componente Técnico del servicio médico de laboratorio patológico, facturen a su Contratista por dichos servicios. Esta política ha contribuido a que el programa de Medicare haga pagos duplicados por el Componente Técnico del servicio, primero mediante el Sistema Prospectivo de Pago (PPS) cuando paga al hospital, y nuevamente al suplidor cuando éste factura al Contratista, en lugar de facturar al hospital, por el Componente Técnico servicio.

Vigente para reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2007, correspondientes a servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, CMS instalará sistemas de éditos para prevenir pagos indebidos adicionales a suplidores de servicios radiológicos, a médicos y profesionales de la salud que facturan a los Contratistas de Medicare por el Componente Técnico del servicio de **radiología** prestado durante una hospitalización. Los éditos también aplicarán a laboratorios independientes para el TC de servicios de patología prestados a beneficiarios de Medicare durante una hospitalización, o durante la misma fecha de servicio en que se prestó un servicio ambulatorio.

### Puntos Clave

- Vigente para reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2007, Medicare rechazará/denegará un Componente Técnico de la Parte B o un servicio radiológico en facturación englobada con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2007, que cae entre la fecha de admisión y la fecha de alta de una hospitalización con cubierta. Tales servicios también se rechazarán/denegarán cuando éstos coincidan con la fecha de servicio de una hospitalización previamente procesada por Medicare.

## Billing Policies

### Background

*Current Medicare billing practices allow either the hospital or the supplier performing the technical component (TC) of physician pathology laboratory services to bill the carrier for these services. This policy has contributed to the Medicare program paying twice for the TC service, first through the Prospective Payment System (PPS) to the hospital and again to the supplier that bills the carrier, instead of the hospital, for the TC service.*

*Effective for claims received on or after April 1, 2007 for services on or after January 1, 2007, CMS will install systems edits to prevent additional improper payments to radiology suppliers, physicians and non-physician practitioners billing Medicare carriers for the TC of **radiology** laboratory services during an inpatient stay. The edits will also apply to independent laboratories for the TC of pathology services provided to beneficiaries during an inpatient stay or for the same date of service as an outpatient service.*

### Key Points

- *Effective for claims received on or after April 1, 2007, Medicare will reject/deny a Part B TC or globally billed radiology service with a service date on or after January 1, 2007, that falls within the admission and discharge dates of a covered hospital inpatient stay. Such services will also be rejected/denied when they match with a date of service of a hospital inpatient previously processed by Medicare.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

- Vigente para reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2007, Medicare denegará/rechazará un TC de la Parte B o un servicio de patología en facturado con un código global con una fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2007 y que cae dentro de la fecha de admisión y la fecha de alta de una hospitalización con cubierta. Tales servicios también se denegarán/rechazarán cuando éstos coinciden con la fecha de servicio en una factura de hospitalización (TOBs 13x y 85X0), previamente procesada por Medicare.
- Si los proveedores someten un TC de un servicio de radiología o de patología con una fecha de servicio que cae dentro de las fechas de admisión y de alta de una hospitalización cubierta, el contratista usará el Aviso de Remesa con Código de Razón 109 (“Reclamación no cubierta por este pagador/contratista”), al denegar el artículo de línea de servicio.
- Cuando los sistemas de Medicare detectan que un TC de la Parte B o una radiología en facturación englobada, o un servicio médico de patología se ha pagado, y Medicare recibe subsiguientemente una factura de hospitalización por la misma fecha de servicio, el contratista de Medicare ajustará un TC de una radiología o una línea de servicio médico de patología y recuperará el pago hecho por ese servicio de parte del médico/suplidor. El contratista de la Parte B de Medicare también ajustará un TC de un servicio de patología de una reclamación de paciente ambulatorio. En esos casos, se utilizará el mismo Código de Razón (109) en el Aviso de Remesa.
- Vigente para reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2007, el contratista rechazará un TC de la Parte B que se reciba, o un servicio radiológico en facturación englobada, o un servicio médico de patología con fecha de servicio que cae fuera del lapso de acontecimiento del código 74 (*nivel de servicio de salud no cubierto*) a partir de y a través de las fechas, más un día, en una factura de paciente hospitalizado que ha sido enviada

## Billing Policies

- *Effective for claims received on or after April 1, 2007, Medicare will reject/deny a Part B TC or globally billed pathology service with a service date on or after January 1, 2007, that falls within the admission and discharge dates of a covered hospital inpatient stay when billed by a physician/supplier. Such services will also be rejected/denied when they match with a date of service of a hospital outpatient bill (bill types 13X and 85X0 previously processed by Medicare.*
- *If providers submit a TC of a radiology or pathology service with a service date that falls within the admission and discharge dates of a covered hospital inpatient stay the carrier will use Remittance Advice Reason Code 109 “Claim not covered by this payer/contractor.” when denying a service line item.*
- *Where Medicare systems detect that a Part B TC or globally billed radiology or physician pathology service has been paid and Medicare subsequently receives a hospital inpatient bill for the same date of service, the Medicare carrier will adjust a TC of a radiology or physician pathology service line item and recoup the payment made for that service from the physician/supplier. The Medicare carrier will also adjust a TC of a pathology service for an outpatient claim. The same Remittance Advice Reason Code of 109 will be used in such cases.*
- *Effective for claims received on or after April 1, 2007, the carrier will deny an incoming Part B TC or globally billed radiology or physician pathology service line item with a service date that falls outside the occurrence span code 74 (non-covered level of care) from and through dates plus one day on a posted*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

por correo. Nuevamente, el contratista debe usar el Código 109 en el Aviso de Remesa. Además, el contratista Medicare recuperará el pago hecho al médico/suplidor, si se recibe una facturación subsiguiente de hospitalización por los mismos servicios.

- Los contratistas no buscarán en sus archivos a fin de retractarse de un pago o pagar reclamaciones retroactivamente, previo a la implementación del CR5347. Sin embargo, ajustarán aquellas reclamaciones que sean traídas a su atención.

### Implementación

Este cambio se implementará el 2 de abril de 2007.

### Información Adicional

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

Para detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o Contratista MAC A/B. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1098CP.pdf>.

## Billing Policies

*hospital inpatient bill. Again, the carrier will use Remittance Advice Reason Code 109. In addition, the Medicare carrier will recoup payment made to the physician/supplier if a subsequent hospital inpatient bill is received for those same services.*

- *Carriers will not search their files to either retract payment or retroactively pay claims prior to the implementation of CR5347. However, they will adjust claims if they are brought to their attention.*

### Implementation

*This change will be implemented on April 2, 2007.*

### Additional Information

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

*For complete details regarding this CR, please see the official instruction issued to your Medicare FI, Carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1098CP.pdf> on the CMS web site.*

Pub. MM5347/Trans R1098CP/CR5347/11-02-06 / mlv rrc

## CAMBIO LEGISLATIVO AL FACTOR DE ACTUALIZACIÓN DEL 2007 PARA LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFS) Y UNA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE SUSCRIPCIÓN PARA PARTICIPANTES

### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que someten reclamaciones a los contratistas Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], incluyendo a los Intermediarios Regionales de Cuidados de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], y los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare

## LEGISLATIVE CHANGE TO THE UPDATE FACTOR FOR THE 2007 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) AND EXTENSION OF THE PARTICIPATING ENROLLMENT PERIOD

### Provider Types Affected

*Physicians and providers submitting claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs), and Part A/B*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

[A/B MACs por sus siglas en inglés] por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare, pagaderos a base de las tarifas MPFS.

### Lo que Usted Necesita Saber

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5448. El *Tax Relief and Health Care Act* del 2006 cambia la actualización realizada al factor de conversión del 2007 por servicios pagados de acuerdo a las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés), y este cambio es vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007.

El *Tax Relief and Health Care Act* de 2006 establece el factor de conversión del 2007 para pagos a médicos al mismo nivel del 2006 (\$37.8975), revirtiendo la actualización de un 5.0% negativo, ordenada por estatuto. Sin embargo, no mantiene los pagos del 2007 a médicos a los niveles del 2006. Existen un número de otros factores que afectan las tarifas de pagos para el 2007.

Otros cambios adoptados en la reglamentación final de la tarifa fija para médicos que afecta las tarifas de pago del 2007 incluyen cambios en la metodología para establecer las unidades de valor relativo (RVUs, por sus siglas en inglés) de costos de práctica, perfeccionamientos a los RVUs de costos de práctica, volver a calcular los factores de ajuste geográfico, límites en pagos de servicios de imágenes requeridos por el *Déficit Reduction Act*, y otros ajustes anuales, incluyendo los cambios de codificación.

Tanto los Centros de Servicio para Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y su Contratista Local de Medicare publicarán el resultado de las nuevas tarifas en su sitio Web no más tarde del 31 de diciembre de 2006. (Los sitios Web de los Contratistas de la Parte B publicarán las nuevas tarifas incluyendo las cantidades PAR/NONPAR, y los cargos límites). Las tarifas revisadas bajo el MPFS del 2007 tendrán vigencia para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007.

## Billing Policies

*Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for services provided to Medicare beneficiaries, which are paid based on the MPFS.*

### What You Need to Know

*This article is based on Change Request (CR) 5448. The Tax Relief and Health Care Act of 2006 changes the update to the 2007 conversion factor for services paid under the MPFS, and this change is effective for services provided on or after January 1, 2007.*

*The Tax Relief and Health Care Act of 2006 set the 2007 conversion factor for physician payment at the same level as in 2006 (\$37.8975), reversing the statutorily mandated 5.0 percent negative update. However, it does not maintain 2007 physician payments at 2006 levels. There are a number of other factors that affect payment rates for 2007.*

*Other changes adopted in the physician fee schedule final rule that affect 2007 payment rates include changes in the practice expense RVU-setting methodology, refinements to the practice expense RVUs, re-weighting of geographic adjustment factors, limits on payments for imaging services required by the Deficit Reduction Act, and other annual refinements including coding changes.*

*Both the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and your local Medicare contractor will display the resulting new fees on its Web site no later than December 31, 2006. (Carriers' Web sites will display the new fees including the PAR/NONPAR, and limiting charge rates.) The revised fees under the 2007 MPFS will be effective for services provided on or after January 1, 2007.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

El cambio al MPFS del 2007 también resultará en una extensión del período para la inscripción de participación hasta el 14 de febrero de 2007. Por lo tanto, el período de inscripción es del 15 de noviembre de 2006 hasta el 14 de febrero de 2007. La fecha de vigencia para cualquier cambio de participación es 1 de enero de 2007.

Los médicos que deseen firmar el acuerdo y convertirse en médicos participantes (Par por sus siglas en inglés) pueden acceder el Acuerdo Par (Formulario CMS-460) del CD que fue enviado por correo a todos los médicos el pasado mes de noviembre. Los médicos también pueden solicitar el formulario CMS-460 de su contratista local de Medicare. Los médicos Par existentes que ya no desean ser Participantes deben notificar su decisión de terminar su acuerdo por escrito a su contratista de Medicare. Los médicos que cambien su estatus Par durante el período de extensión deben comenzar a someter las reclamaciones basadas en su nuevo estatus Par.

### Trasfondo

Basado en el nuevo *Tax Relief and Health Care Act* de 2006, la Petición de Cambio (CR) 5448 enfatiza lo siguiente:

1. Los cambios a las tarifas MPFS del 2007;
2. La capacidad de los contratistas Medicare para comenzar a procesar reclamaciones por servicios pagados bajo el MPFS con las nuevas tarifas a partir del 2 de enero de 2007; y
3. Extensión del período para inscripción de participación hasta el 14 de febrero de 2007.

La fecha de implementación de esta instrucción es 2 de enero de 2007.

**Nota: Servicios no pagados bajo el MPFS** (ejemplo: Equipo Médico Duradero (DME), pruebas de laboratorio clínico, etc.) **no se afectan por esta instrucción**, y las reclamaciones que contengan esos servicios también serán procesadas comenzando el 2 de enero de 2007.

## Billing Policies

*The change to the 2007 MPFS will also result in an extension of the participation enrollment period to February 14, 2007. Therefore, the participation enrollment period runs from November 15, 2006, through February 14, 2007. The effective date for any participation change is January 1, 2007.*

*Physicians who wish to sign an agreement and become Participating (Par) physicians can access the Par Agreement (CMS-460 form) from the CD which was mailed to all physicians last November. Physicians can also request the CMS-460 form from their local Medicare contractor. Existing Par physicians who no longer wish to be Par must notify their Medicare contractor in writing of their decision to terminate their Par agreement. Physicians who change their Par status during the extension period should begin to submit claims based on their new Par status.*

### Background

*Based on the new Tax Relief and Health Care Act of 2006, Change Request 5448 emphasizes the following:*

1. *Change to the 2007 MPFS rates;*
2. *Capability of Medicare contractors to begin processing claims for services paid under the MPFS with the new fees beginning January 2, 2007; and*
3. *Extension of the participation enrollment period to February 14, 2007.*

*The implementation date of this instruction is January 2, 2007.*

**Note: Services not paid under the MPFS** (e.g., Durable Medical Equipment (DME), clinical lab, etc) **are not impacted by this instruction**, and claims containing those services will also be processed beginning January 2, 2007.

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Además, los contratistas de Medicare:

- Tendrán copias en papel de las nuevas tarifas MPFS 2007 para enviar por correo a aquellos médicos/profesionales de la salud que no tengan acceso al Internet y que solicitan una copia.
- No le cobrarán a los proveedores que NO tienen acceso al Internet y que soliciten una copia en papel del MPFS 2007;
- Cobrarán una tarifa razonable por enviar copias en papel del MPFS 2007 a proveedores que tienen acceso al Internet, pero que desean una copia en papel para su conveniencia.
- Aceptarán cualquier cambio de participación realizado durante el período extendido de inscripción que se reciba o tenga el mata sellos del correo del 14 de febrero de 2007. Todos los cambios de participación tendrán vigencia el 1 de enero de 2007; y
- Publicarán el directorio actualizado de Médicos/Suplidores Locales Participantes de Medicare (MEDPARDs por sus siglas en inglés) en sus respectivos sitios Web dentro de los 30 días siguientes al cierre del período extendido de inscripción.

### Información Adicional

Si desea más detalles, refiérase a la instrucción oficial (CR5448), enviada a su Contratista de la Parte B, FI, RHHI o Contratista MAC A/B sobre este cambio. Esa instrucción está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1131CP.pdf>.

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

## Billing Policies

*In addition, Medicare contractors will:*

- *Have hard copies of the new 2007 MPFS to mail to those physicians/practitioners that do not have ready Internet access and request a copy;*
- *Not charge providers requesting hard copy 2007 MPFS who do NOT have ready Internet access;*
- *Charge a reasonable fee for mailing hard copies of the 2007 MPFS to providers who do have ready Internet access but want a hard copy for convenience;*
- *Accept any participation changes made during the extended enrollment period that are received or post-marked by February 14, 2007. All participation changes are effective January 1, 2007; and*
- *Load their updated local Medicare Participating Physician/Supplier Directories (MEDPARDs) to their Web sites within 30 days following the close of the extended enrollment period.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction, CR5448, issued to your carrier, FI, RHHI, or A/B MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1131CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5448 / Trans R1131CP / CR5448 / 12-15-06 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN DE CARGOS RAZONABLES DEL 2007 PARA ENTABLILLADOS, YESOS, EQUIPO DE DIÁLISIS, SUMINISTROS DE DIÁLISIS Y CIERTOS LENTES INTRAOCULARES

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos DME (DME MACs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios de entablillado, yesos, equipo y suministros para diálisis, y ciertos lentes intraoculares.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los proveedores afectados deben asegurarse que el personal encargado de facturación en su oficina tenga conocimiento sobre estos cambios.

#### Trasfondo

El pago se continúa realizando a base de cargos razonables para entablillados, yesos, equipos y suministros para diálisis y lentes intraoculares provistos en el año calendario 2007, tal como lo requieren las regulaciones contenidas en el 42 CFR 405.501 (<http://www.gpoaccess.gov/cfr/retrieve.html>).

Para entablillados y yesos, deben utilizar los códigos "Q" cuando los suministros están indicados para esos propósitos. Los códigos CPT deben utilizarse tal como se indica en la sección CPT "Aplicación de Yesos y Vendajes" para los códigos CPT especificados en la serie 29XXX. Este pago es adicional al pago realizado bajo las tarifas fijas a médicos para el procedimiento de aplicación de entablillado o yeso.

Para lentes intraoculares, el pago se hace sólo a base de un cargo razonable por lentes implantados en la oficina del médico. La Petición de Cambio (CR) 5282 provee instrucciones a su

## Billing Policies

### REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2007 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, AND CERTAIN INTRAOCULAR LENSES

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers and providers billing Medicare carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs), DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and certain intraocular lenses.*

#### Provider Action Needed

*Affected providers may want to be sure their billing staff knows of these changes.*

#### Background

*Payment continues to be made on a reasonable charge basis for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment and intraocular lenses in calendar year 2007 as required by regulations contained in 42 CFR 405.501 (<http://www.gpoaccess.gov/cfr/retrieve.html>).*

*For splints and casts, Q-codes are to be used when supplies are indicated for cast and splint purposes. Current Procedural Terminology (CPT) codes should be used as indicated in the CPT section "Application of Casts and Strapping" for the specified CPT procedure codes in the 29XXX series. This payment is in addition to the payment made under the physician fee schedule for the procedure for applying the splint or cast.*

*For intraocular lenses, payment is only made on a reasonable charge basis for lenses implanted in a physician's office. Change Request (CR) 5282 instructs your carrier,*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Contratista de la Parte B, DMERC, DME MAC, o A/B MAC para que pueda computar los cargos usuales y prevalecientes en 2007 para los códigos V2630, V2631, y V2632 (Lentes Intraoculares Implantados en la Oficina del Médico) utilizando data real sobre cargos del 1 de julio de 2005 hasta el 30 de junio de 2006.

Los Contratistas de la Parte B y los Contratistas MAC A/B harán los cálculos para las cantidades de pago utilizando el Cargo de Índice de Inflación (IIC o "Inflation-Indexed Charge") del 2007 para los códigos V2630, V2631 y V2632 que no fueron pagados mediante tarifas creadas por referencias ("gap-filled") en el 2006.

Los **DMERCs** y **DME MACs** computarán los cargos acostumbrados y prevalecientes para los códigos identificados en las siguientes tablas utilizando data de cargos reales entre el 1 de julio de 2005 hasta el 30 de junio del 2006. Para estos mismos códigos, computarán las cantidades IIC del 2007 para los códigos identificados en las siguientes tablas que no fueron pagados utilizando tarifas creadas por referencias ("gap-filled") en el 2006. Estas tablas son:

### Suministros para Diálisis Facturados Con el Modificador AX

#### *Dialysis Supplies Billed With AX Modifier*

A4216	A4217	A4248	A4244	A4245	A4246
A4247	A4450	A4452	A6250	A6260	A4651
A4652	A4657	A4660	A4663	A4670	A4927
A4928	A4930	A4931	A6216	A6402	

### Suministros Para Diálisis Facturados Sin el Modificador AX

#### *Dialysis Supplies Billed Without AX Modifier*

A4653	A4671	A4672	A4673	A4674	A4680
A4690	A4706	A4707	A4708	A4709	A4714
A4719	A4720	A4721	A4722	A4723	A4724
A4725	A4726	A4728	A4730	A4736	A4737
A4740	A4750	A4755	A4760	A4765	A4766
A4770	A4771	A4772	A4773	A4774	A4802
A4860	A4870	A4890	A4911	A4918	A4929
E1634					

### Equipo para Diálisis Facturado Con el Modificador AX

#### *Dialysis Equipment Billed With AX Modifier*

E0210NU	E1632	E1637	E1639	
---------	-------	-------	-------	--

## Billing Policies

*DMERC, DME MAC, or A/B MAC to compute 2007 customary and prevailing charges for the V2630, V2631, and V2632 (Intraocular Lenses Implanted in a Physician's Office) using actual charge data from July 1, 2005, through June 30, 2006.*

*Carriers, and A/B MACs will compute 2007 Inflation-Indexed Charge (IIC) amounts for the V2630, V2631, and V2632 that were not paid using gap-filled payment amounts in 2006.*

*DMERCs and DME MACs will compute 2007 customary and prevailing charges for the codes identified in the following tables using actual charge data from July 1, 2005, through June 30, 2006. For these same codes, they will compute 2007 IIC amounts for the codes identified in the following tables that were not paid using gap-filled amounts in 2006. These tables are:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

### Equipo para Diálisis Facturado Sin el Modificador AX

#### *Dialysis Equipment Billed Without AX Modifier*

E1500	E1510	E1520	E1530	E1540	E1550
E1560	E1570	E1575	E1580	E1590	E1592
E1594	E1600	E1610	E1615	E1620	E1625
E1630	E1635	E1636			

Los Contratistas de la Parte B y los Contratistas MAC A/B harán pagos por servicios de entablillados y yesos suministrados en 2007 a base de la cantidad menor entre el cargo real o los límites de pago establecidos para estos códigos. Los **Contratistas de la Parte B, DMERCs y Contratistas Administrativos DME de Medicare (MACs)** utilizarán los cargos razonables del 2007 o los mismos límites de pago para pagar reclamaciones de artículos suministrados desde el 1 de enero del 2007 hasta el 31 de diciembre del 2007. **Aquellos límites de pago de 2007 se encuentran en la tabla al final de este artículo.**

#### Información Adicional

Instrucciones para el cálculo:

- Los cargos razonables se encuentran en el capítulo 23 (sección 80) del *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04).
- Los cargos acostumbrados y prevaletentes se encuentran en la sección 80.2 y 80.4 del capítulo 23 del *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04); y
- El Cargo de Índice de Inflación (IIC) se encuentra en la sección 80.6 del capítulo 23 del *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04). El factor de actualización IIC para 2007 es 4.3%.

Usted puede encontrar el capítulo 23 del *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

Si desea obtener detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, DMERC, DME MAC o Contratista MAC A/B referente a este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1118CP.pdf>.

*Carriers and A/B MACs will make payment for splints and casts furnished in 2007 based on the lower of the actual charge or the payment limits established for these codes. Carriers, DMERCs and DME Medicare Administrative Contractors (MACs) will use the 2007 reasonable charges or the same payment limits to pay claims for items furnished from January 1, 2007 through December 31, 2007. Those 2007 payment limits are in the table at the end of this article.*

#### Additional Information

*Instructions for calculating:*

- *Reasonable charges are located in chapter 23 (section 80) of the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04);*
- *Customary and prevailing charge are located in section 80.2 and 80.4 of chapter 23 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04); and*
- *The IIC (Inflation Indexed Charge) are located in section 80.6 of chapter 23 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04). The IIC update factor for 2007 is 4.3 percent.*

*You can find chapter 23 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04) at the following CMS website: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier, DMERC, DME MAC, or A/B MAC regarding this change. That instruction may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1118CP.pdf> on the CMS website.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

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

## Billing Policies

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

### Límites de Pago 2007 para Entablillados y Yesos 2007 Payment Limits for Splints and Casts

Código Code	Límite de Pago Payment Limit	Código Code	Límite de Pago Payment Limit
A4565	\$7.19	Q4025	\$31.60
Q4001	\$40.91	Q4026	\$98.64
Q4002	\$154.63	Q4027	\$15.80
Q4003	\$29.39	Q4028	\$49.33
Q4004	\$101.74	Q4029	\$24.16
Q4005	\$10.83	Q4030	\$63.59
Q4006	\$24.42	Q4031	\$12.08
Q4007	\$5.43	Q4032	\$31.79
Q4008	\$12.21	Q4033	\$22.53
Q4009	\$7.23	Q4034	\$56.05
Q4010	\$16.28	Q4035	\$11.27
Q4011	\$3.61	Q4036	\$28.03
Q4012	\$8.14	Q4037	\$13.75
Q4013	\$13.16	Q4038	\$34.44
Q4014	\$22.21	Q4039	\$6.89
Q4015	\$6.58	Q4040	\$17.22
Q4016	\$11.10	Q4041	\$16.71
Q4017	\$7.61	Q4042	\$28.53
Q4018	\$12.14	Q4043	\$8.36
Q4019	\$3.81	Q4044	\$14.27
Q4020	\$6.08	Q4045	\$9.70
Q4021	\$5.63	Q4046	\$15.61
Q4022	\$10.17	Q4047	\$4.84
Q4023	\$2.83	Q4048	\$7.81
Q4024	\$5.08	Q4049	\$1.77

Pub. MM5382 / Trans R1118CP / CR5382 / 11-24-06 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN DEL 2007 PARA LAS TARIFAS FIJAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICOS, ORTÓTICOS Y SUMINISTROS (DMEPOS)

#### Proveedores Afectados

Médicos, Suplidores y Proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare, incluyendo a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés), Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos DME (DME MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas de la Parte B, y/o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios pagados bajo las tarifas fijas de Equipo Médico Duradero, Protéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5417 y provee información específica en torno a la actualización anual para las tarifas fijas DMEPOS del 2007. Asegúrese que el personal de facturación de su oficina esté enterado de esta actualización.

#### Trasfondo

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

- Implementar las tarifas fijas para nuevos códigos; y
- Revisar cualquier cantidad de las tarifas fijas para códigos existentes con error de cálculo.

Se requiere el pago basado en las tarifas fijas para:

## Billing Policies

### FEE SCHEDULE UPDATE FOR 2007 FOR DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS)

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5417, and it provides specific information regarding the annual update for the 2007 DMEPOS Fee Schedule. Be sure billing staff are aware of this update.*

#### Background

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

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

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

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Equipo Médico Duradero (DME), aparatos protéticos, ortóticos, protéticos y vendajes quirúrgicos, según el Acta de Seguro Social (Secciones 1834 (a), (h), (i); y
- Nutrición Parenteral y Enteral (PEN por sus siglas en inglés), según reglamentaciones contenidas en el Código de Reglamentaciones Federales (42 CFR 414.102).

**Nota:** Los DMERCs y DME MACs usarán las tarifas fijas PEN de 2007 para pagar reclamaciones de artículos suministrados entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2007.

### Códigos HCPCS Eliminados

Los siguientes códigos se **eliminarán** de la lista de Códigos HCPCS vigente el 1 de enero de 2007, y por lo tanto, se removerán de los archivos de tarifas fijas DMEPOS y PEN.

A4348	L3902	L6770	L6865
A4359	L3914	L6775	L6867
A4462	L6700	L6780	L6868
A4632	L6705	L6790	L6870
E0164	L6710	L6795	L6872
E0166	L6715	L6800	L6873
E0180	L6720	L6806 thru L6809	L6875
E0701	L6725	L6825	L6880
E0977	L6730	L6830	L7010
E0997 thru E0999	L6735	L6835	L7015
E2320	L6740	L6840	L7020
K0090 thru K0097	L6745	L6845	L7025
K0099	L6750	L6850	L7030
L0100	L6755	L6855	L7035
L0110	L6765	L6860	

### Códigos HCPCS Añadidos

Los códigos HCPCS que se mencionan a continuación se **añadirán a la lista de Códigos HCPCS** el 1 de enero de 2007.

A4461	E0676	L6611
A4463	E0936	L6624
A4559	E2373 thru E2377	L6639
A4600	E2381 thru E2396	L6703
A4601	K0733 thru K0737	L6704
A8000	L1001	L6706
A8001	L3806	L6707 thru L6709
A8002	L3808	L7007 thru L7009
A8003	L3915	L8690
A8004	L5993	L8691
A9279	L5994	L8695

## Billing Policies

- *Durable Medical Equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by the Social Security Act (Sections 1834(a), (h), and (i)); and*
- *Parenteral and Enteral Nutrition (PEN) by regulations contained in the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102).*

**Note:** DMERCs and DME MACs will use the 2007 PEN fee schedule payment amounts to pay claims for items furnished from January 1, 2007 through December 31, 2007

### Deleted HCPCS Codes

The following codes are being **deleted** from the HCPCS effective January 1, 2007, and are therefore being removed from the DMEPOS and PEN fee schedule files.

### Added HCPCS

The HCPCS codes listed below are being **added to the HCPCS** on January 1, 2007:

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Tarifas de Pago para Oxígeno y Equipo de Oxígeno

Como parte de esta actualización a las tarifas fijas, CMS está implementando tarifas nacionales mensuales para el oxígeno y equipo de oxígeno, vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2007. Las tarifas nacionales mensuales de 2007 se encuentran en la lista a continuación. Como resultado de estos cambios, CMS está revisando las cantidades de tarifa fija para los códigos E1405 y E1406. Desde el 1989, las tarifas para los códigos E1405 y E1406 se establecieron a base de una combinación de las cantidades de pago de Medicare para equipo de oxígeno estacionario y los códigos de nebulizador E0585 y E0570, respectivamente.

Como parte de estos cambios, los suplidores deben someter sus reclamaciones con ambos códigos, el código de contenido de oxígeno estacionario (E0441 o E0442), y el código de contenido de oxígeno en equipo portátil (E0443 o E0444) al momento de facturar el pago de suministrar ambos equipos (estacionario o portátil) a beneficiarios que poseen equipo de oxígeno estacionario y portátil gaseoso o líquido.

HCPSC Codes	Amount	Class
E0424, E0439, E1390, and E1391	\$ 198.40	Stationary Oxygen Equipment (including stationary concentrator, liquid and gaseous equipment) and Oxygen Contents (stationary and portable)
E0431 and E0434	\$ 31.79	Portable Equipment Only (gaseous or liquid tanks)
E1392 and K0738	\$ 51.63	Oxygen Generating Portable Equipment (OGPE) Only
E0441 and E0442	\$ 77.45	Oxygen Contents for Beneficiary-Owned Stationary Gaseous or Liquid Oxygen Equipment
E0443 and E0444	\$ 77.45	Oxygen Contents for Beneficiary-Owned Portable Gaseous or Liquid Oxygen Equipment

Las tarifas fijas del código HCPSC E0461 (*Volume Control Ventilator, Without Pressure Support Mode, May Include Pressure Control Mode, Used with Non-Invasive Interface [E.G. Mask]*), se están revisando como parte de esta actualización para corregir errores de cálculo y tendrán vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007.

## Billing Policies

### Payment Rates for Oxygen and Oxygen Equipment

*As part of this fee schedule update, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is implementing national monthly payment rates for oxygen and oxygen equipment effective for claims with dates of service on or after January 1, 2007. The 2007 national monthly payment rates are listed in the table below. As a result of these changes, CMS is revising the fee schedule amounts for codes E1405 and E1406. Since 1989, the fees for E1405 and E1406 have been established based on a combination of the Medicare payment amounts for stationary oxygen equipment and nebulizer codes E0585 and E0570, respectively.*

*As part of these changes, suppliers must submit claims with both the code for stationary oxygen contents (E0441 or E0442) and the code for portable oxygen contents (E0443 or E0444) when billing for payment for furnishing both stationary and portable oxygen contents for beneficiary-owned gaseous or liquid stationary and portable oxygen equipment.*

*The fee schedules for HCPSC code E0461 (Volume Control Ventilator, Without Pressure Support Mode, May Include Pressure Control Mode, Used with Non-Invasive Interface (E.G. Mask)) are being revised as part of this update to correct calculation errors and are effective for dates of service on or after January 1, 2007.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Tarifas Asignadas

Los Contratistas DMERC y DME MAC de Medicare crearán las cantidades de las tarifas de pago para cada estado en su región para los siguientes códigos HCPCS nuevos y revisados que estarán sujetos a las tarifas fijas de pago DMEPOS en el 2007:

- Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) de bajo costo o normalmente comprado para los códigos A8002, A8003, A8004, E2373, E2374, E2375, E2376, E2377, E2388, E2389, E2390, E2391, E2392, E2393, E2394, E2395.
- Códigos DME de alquiler con tope para E0639 y E0640.
- Códigos de Protéticos y Ortóticos para el L1001, L3806, L3808, L3915, L5993, L5994, L6611, L6624, y L6639.
- Códigos para Vendajes Quirúrgicos del A4463.
- Suministros DME, para los códigos A4559.

### Información Adicional

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

Si desea detalles completos referente al CR 5417, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista MAC A/B, DMERC, DME MAC, FI, RHHI o Contratista de la Parte B de Medicare. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1125CP.pdf>.

## Billing Policies

### Gap-Fill Items

*The Medicare DMERCS and DME MACs will gap-fill base fee schedule amounts for each State in their region for the following new and revised HCPCS codes that will be subject to the DMEPOS fee schedules in 2007:*

- *Inexpensive or routinely purchased DME for codes A8002, A8003, A8004, E2373, E2374, E2375, E2376, E2377, E2388, E2389, E2390, E2391, E2392, E2393, E2394, E2395*
- *Capped rental DME codes of E0639 and E0640*
- *Prosthetics and Orthotics codes of L1001, L3806, L3808, L3915, L5993, L5994, L6611, L6624, L6639*
- *Surgical Dressings codes of A4463*
- *DME supplies codes of A4559*

### Additional Information

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

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5417) issued to your Medicare A/B MAC, DMERC, DME MAC, FI, RHHI, or carrier. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1125CP.pdf> on the CMS web site.*

Pub. MM5417 / Trans R1125CP / CR5414 / 12-08-06 / mlv rrc

## Mamografía

### NUEVOS CÓDIGOS 2007 DEL SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS COMUNES PARA MAMOGRAFÍA

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores que facturan a los contratistas de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs) o Contratistas Administrativos de Medicare Parte A/B (MAC) por proveer servicios de mamografía.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Como parte de la actualización anual al Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Cuidados de la Salud (Códigos HCPCS por sus siglas en inglés), CMS asignó nuevos códigos CPT para servicios de mamografías diagnósticas y de cernimiento. Vigente el 1 de enero de 2007, estos códigos (77051, 77052, 77055, 77056 y 77057) reemplazarán los códigos CPT actuales. Sin embargo, los descriptores de los códigos CPT para los servicios permanecen sin cambio.

#### Lo Que Necesita Saber

Dejar de someter los códigos correctos causará que sus reclamaciones sean devueltas y que no sean procesadas.

#### Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento sobre los cambios a los códigos CPT.

#### Trasfondo

La petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5327, del cual se extrae este artículo, anuncia la asignación de los nuevos códigos CPT para servicios de mamografía diagnóstica y de cernimiento.

Como parte de la actualización a los códigos HCPCS, CMS asignó nuevos códigos CPT para servicios de mamografía diagnóstica y de cernimiento para el 2007. Vigente el 1 de enero de 2007, estos códigos (77051, 77052, 77055, 77056 y 77057), reemplazarán los códigos vigentes; sin embargo, los descriptores de los códigos CPT para estos servicios permanecen sin cambio.

## Mammography

### NEW 2007 CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY (CPT) MAMMOGRAPHY CODES

#### Provider Types Affected

*All physicians and providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FI), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for providing mammography services.*

#### Provider Action Needed

*As part of the annual HCPCS update, CMS has assigned new 2007 Current Procedural Terminology (CPT) mammography codes for screening and diagnostic mammography services. Effective January 1, 2007, these codes ((77051, 77052, 77055, 77056, and 77057) will replace the current CPT codes; however the CPT code descriptors for the services are unchanged.*

#### What You Need to Know

*Failure to submit the correct codes will cause your claims to be returned and not processed.*

#### What You Need to Do

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

#### Background

*CR 5327, from which this article was taken, announces the assignment of new CPT codes for screening and diagnostic mammography services.*

*As part of the annual HCPCS update, CMS has assigned new 2007 CPT mammography codes for screening and diagnostic mammography services. Effective January 1, 2007, these codes ((77051, 77052, 77055, 77056, and 77057) will replace the current CPT codes; however the CPT code descriptors for the services are unchanged.*

Cont. on next page

## Mamografía

La siguiente tabla demuestra los códigos actuales y anteriores, con sus respectivas descripciones.

2007 Screening and Diagnostic Mammography CPT codes		
New Code	Old Code	Description
77051	76082	Computer aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images, diagnostic mammography. (list separately in addition to code for primary procedure)
77052	76083	Computer aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images, screening mammography. (list separately in addition to code for primary procedure)
77055	76090	Diagnostic mammography, unilateral
77056	76091	Diagnostic mammography, bilateral
77057	76092	Screening mammography, bilateral (two view film study of each breast)

Usted debe saber que sus contratistas y FIs devolverán reclamaciones (con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007) que contengan códigos no vigentes de servicios de mamografía diagnóstica y de cernimiento. También vigente el 1 de enero de 2007, se aplicará estándares de frecuencia para la mamografía de cernimiento a los nuevos códigos de cernimiento (77052 y 77057).

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los nuevos códigos CPT de mamografía para 2007 en el CR5327, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1070CP.pdf>.

Como anejo al CR5327, usted encontrará el Capítulo 18 Revisado (Servicios de Prevención y Cernimiento), Sección 20 (Servicios de Mamografía) del *Medicare Claims Processing Manual* (100-04).

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

## Mammography

The following table displays the new (and old) replacement codes and their description.

2007 Screening and Diagnostic Mammography CPT codes		
New Code	Old Code	Description
77051	76082	Computer aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images, diagnostic mammography. (list separately in addition to code for primary procedure)
77052	76083	Computer aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images, screening mammography. (list separately in addition to code for primary procedure)
77055	76090	Diagnostic mammography, unilateral
77056	76091	Diagnostic mammography, bilateral
77057	76092	Screening mammography, bilateral (two view film study of each breast)

*Be advised that your carriers and FIs will return claims (with dates of service on or after January 1, 2007) that contain the old screening and diagnostic mammography codes. And also effective January 1, 2007, frequency standards for screening mammography will be applied to the new screening codes (77052 and 77057).*

### Additional Information

*You can find more information about the new 2007 mammography CPT codes by going to CR5327, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1070CP.pdf> on the CMS website.*

*There, as an attachment to that CR, you will find revised Chapter 18 (Preventive and Screening Services), Section 20 (Mammography Services) of the Medicare Claims Processing Manual (100-04).*

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

Pub. MM5327 / Trans R1070CP / CR5327 / 12-14-06 / mlv ab

## Medicamentos

### MMA – PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) PARA MEDICAMENTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE – APELACIONES

#### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare por concepto de medicamentos y productos biológicos bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP, por su siglas en inglés) de Medicare.

#### Acción Necesaria de parte del Proveedor

Este artículo se basa en la petición de cambio CR 5207, la cual notifica a los contratistas locales de Medicare y al Contratista CAP designado la forma de llevar a cabo el proceso apelativo de acuerdo con los requisitos peculiares del programa CAP. Favor observar, que el acuerdo de procesamiento de reclamaciones CAP **no es igual** al procesamiento estándar de rutina de las reclamaciones de la Parte B.

El CR5207 provee información adicional e instrucciones para la implementación del Programa CAP en relación al proceso apelativo del programa CAP y el proceso de resolución de disputas. Este CR no es independiente. El mismo está desarrollado en Peticiones de Cambios previamente publicadas relacionadas al CAP, los cuales se incluyen los siguientes CR: 4064, 4306, 4309, y 4404. Los enlaces y artículos MLN relacionados a estos se proveen en la sección **Información Adicional** que sigue.

Favor de referirse a la sección de **Trasfondo** de este artículo y la información en el CR 5207 para más detalles sobre estos requisitos especiales del proceso apelaciones bajo el programa CAP y la otorgación de servicios de resolución de disputas.

#### Trasfondo

La Sección 303(d) del *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* (MMA) de 2003, requiere la implementación de un CAP para medicamentos y productos biológicos de la Parte B de Medicare, no pagaderos basado en un sistema de costo o en un Sistema de Pago

## Drugs

### MMA - COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) FOR PART B DRUG – APPEALS

#### Provider Types Affected

*Physicians billing Medicare carriers for Part B drugs and biologicals under the Medicare CAP program.*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5207, which instructs local Medicare carriers and the CAP designated carrier how to execute the appeals process within the unique requirements of CAP. Please note that the CAP claims processing arrangement is **not the same** as the standard Part B claims processing routine.*

*CR5207 provides additional information and instructions for the implementation of the CAP pertaining to the CAP appeals and dispute resolution process. This is not a stand-alone CR. It builds on previously published related CAP CRs which include: CRs 4064, 4306, 4309, and 4404. The links to those CRs and the related Medicare Learning Network (MLN) articles are provided in the Additional Information section below.*

*See the **Background** section of this article and the information in CR5207 for further details regarding these special CAP appeals requirements and delivery of dispute resolution services.*

#### Background

*Section 303 (d) of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) of 2003, requires the implementation of a competitive acquisition program (CAP) for Medicare Part B drugs and biologicals (“drugs”) not paid on a cost or prospective*

Cont. on next page



## Medicamentos

Prospectivo (PPS por sus siglas en inglés). Comenzando con los medicamentos que se administren a partir del 1 de julio de 2006, los médicos tendrán la opción de comprar los medicamentos y facturar por los mismos bajo el sistema de Precio Promedio de Venta (ASP, por sus siglas en inglés), u obtener esos medicamentos de suplidores seleccionados a través de un proceso competitivo de subastas. Un médico CAP participante someterá una reclamación por la administración del medicamento al Contratista Local de Medicare. Un suplidor CAP aprobado someterá una reclamación por el medicamento al Contratista CAP designado por Medicare.

### Proceso Apelativo para Reclamaciones de Medicamentos CAP

Según se menciona anteriormente, el acuerdo de procesamiento de reclamaciones CAP surge de la rutina de procesamiento de reclamaciones estándar de la Parte B. Específicamente, el CAP utiliza la determinación de un contratista local sobre la administración del medicamento por un médico, que se asocia con la reclamación de medicamentos CAP, como un indicador que la reclamación de un medicamento debe pagarse.

Por lo tanto, si un contratista deniega una reclamación sometida por un médico por concepto de la administración de un medicamento, la cual debe ser pareada con la reclamación de un suplidor CAP, y ocasiona que la reclamación del suplidor CAP sea denegada, el proceso de apelación por la reclamación del suplidor del medicamento debe comenzar con el contratista local que denegó la misma. En este caso, para poder dar paso a la apelación de una reclamación de medicamentos CAP denegada, el suplidor CAP autorizado se convierte en parte del proceso de apelación de la reclamación sometida por la administración del medicamento que fue denegada por un médico CAP participante con el contratista local.

Si la reclamación de medicamentos de un suplidor CAP ha sido denegada debido a que no existe una reclamación de un médico CAP participante en los archivos del contratista local, el contratista designado de Medicare denegará la reclamación y suprimirá los derechos de apelación, si no se presenta evidencia de una reclamación

## Drugs

*payment system basis. Beginning with drugs administered on or after July 1, 2006, physicians will be given a choice between buying and billing these drugs under the average sales price (ASP) system, or obtaining these drugs from vendors selected in a competitive bidding process. A participating CAP physician will submit a claim for drug administration to the Medicare local carrier. An approved CAP vendor will submit a claim for the drug product to the CAP Medicare designated carrier.*

### Appeal Process for CAP Drug Claims

*As mentioned above, the CAP claims processing arrangement departs from the standard Part B claims processing routine. Specifically, the CAP uses a local carrier's determination about the physician's drug administration claim that is associated with a CAP drug's claim as an indicator of whether a CAP vendor's matching drug claim should be paid.*

*Therefore, if a local carrier denies the physician's drug administration claim that is to be matched to a CAP vendor's drug claim and causes the vendor's CAP drug claim to deny, the appeals process for the vendor's drug claim's denial must begin with the local carrier that denied the claim. In this situation, in order to pursue an appeal of a denied CAP drug claim, the approved CAP vendor becomes a party to the appeal of a denied drug administration claim filed by a participating CAP physician with the local carrier.*

*If a CAP vendor's drug claim has been denied because there is no matching participating CAP physician claim on file with the local carrier, the Medicare designated carrier will deny the claim and will suppress appeal rights if there is still no matching drug administration claim after 90 days. The*

Cont. on next page

## Medicamentos

que paree la administración del medicamento dentro de los próximos 90 días. El aviso de remesa dará instrucciones al suplidor CAP autorizado para que pueda solicitar la reapertura de la reclamación. En ese caso, si el suplidor CAP autorizado acepta la oferta del contratista designado de Medicare y solicita una reapertura de la reclamación, el contratista designado llamará al médico CAP participante para solicitarle que someta una reclamación por concepto de la administración de dicho medicamento. Si el médico CAP participante no somete una reclamación, el contratista designado de Medicare se involucrará en un proceso de resolución de disputa, el cual podría resultar en una recomendación para que se dé por terminada la participación de dicho médico en el Programa CAP.

El Contratista designado de Medicare usa el código de grupo **CO** para reclamaciones denegadas, debido a que el médico CAP participante no ha sometido su reclamación, con los siguientes mensajes:

- *Medicare Summary Notice (MSN) – 16.34 – **You should not be billed for this service. You do not have to pay this amount.** / “Usted no debe ser facturado por este servicio. Usted no tiene que pagar esta cantidad.”*
- Código de Comentario N211 – **You may not appeal this decision.** / “Usted no puede apelar esta decisión”.
- Estos mensajes se proveen, además del mensaje MSN 21.21 y el Aviso de Remesa (RA) código de razón 107 para denegaciones de reclamaciones. (Refiérase al CR4064, Business Requirement (BR) 4064.9.2.1; el enlace se provee más adelante).

### Informacion Adicional

El CR5207 añade las secciones 100.9-100.94 a la Publicación 100-04 del *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 17, **Drugs and Biologicals for CAP**. El CR5207 es la instrucción oficial enviada a su contratista de Medicare sobre los cambios mencionados en este artículo. El CR5207 está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1076CP.pdf>

## Drugs

*remittance notice will instruct the approved CAP vendor that it may request a reopening. In this case, if the approved CAP vendor accepts the designated Medicare carrier's offer and requests a reopening, the designated carrier will call the participating CAP physician to encourage the physician to file the drug administration claim. If the participating CAP physician does not file the claim, the designated Medicare carrier will engage in dispute resolution activities which may result in a recommendation to terminate the participating CAP physician's involvement in CAP.*

*The Medicare designated carrier will use group code **CO** for claims that are denied because the participating CAP physician has not filed his/her claim, will return the following messages:*

- *Medicare Summary Notice (MSN) – 16.34 – **“You should not be billed for this service. You do not have to pay this amount.”***
- *Remark code N211 – **“You may not appeal this decision.”***
- *These messages are provided in addition to MSN message 21.21 and Remittance Advice (RA) reason code 107 for these claim denials. (See CR4064, Business Requirement (BR) 4064.9.2.1, link provided below.)*

### Additional Information

*CR5207 adds sections 100.9-100.94 to Publication 100-04, the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 17, “Drugs and Biologicals for CAP.” CR5207 is the official instruction issued to your Medicare carrier regarding changes mentioned in this article. CR 5207 may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1076CP.pdf> on the CMS website.*

Cont. on next page

## Medicamentos

El CR4064, del 9 de diciembre de 2005, **Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs**, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R777CP.pdf>.

El artículo MLN relacionado (MM4064 *Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs*) está disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf> en el sitio Web de CMS.

El CR4306, del 6 de febrero de 2006, *MCS Screen Expansion for the Prescription Order Number for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs to be Developed Over the July 2006 and October 2006 Release, With Final Implementation on October 2, 2006*, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R841CP.pdf>

El CR4309, del 17 de febrero de 2006, **Additional Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs**, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R866CP.pdf>.

El artículo MLN relacionado MM4309, **Additional Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs**, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf>

El CR4404, del 28 de abril de 2006, **Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs Physician Election**, está disponible en el siguiente enlace en sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R932CP.pdf>.

El artículo MLN relacionado MM4404 “*Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs Physician Election*”, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf>

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

## Drugs

CR4064, dated December, 9 2005, “*Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs*” is located at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R777CP.pdf> on the CMS website.

The related MLN article, MM4064 “*Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs*” can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf> on the CMS web site.

CR4306, dated February 6, 2006, “*MCS Screen Expansion for the Prescription Order Number for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs to be Developed Over the July 2006 and October 2006 Release, With Final Implementation on October 2, 2006*” is available at the following link <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R841CP.pdf> on the CMS web site.

CR 4309, dated February 17, 2006, “*Additional Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs*” can be found at the following link <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R866CP.pdf> on the CMS web site.

The related MLN article, MM4309 “**Additional Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs**” can be reached at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf> on the CMS web site.

CR4404, dated April 28, 2006 “*Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs Physician Election*” is located at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R932CP.pdf> on the CMS web site.

MM4404, “*Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs Physician Election*” the related MLN article can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM5207/Trans. R1076CP/CR5207/11-29-06/mlv-san

## Medicamentos

### PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) – PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES PARA MEDICAMENTOS “NOT OTHERWISE CLASSIFIED” (NOC)

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos que participantes en el CAP de la Parte B de Medicare

#### Impacto en los Proveedores

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5259, que describe el proceso para añadir Medicamentos NOC al CAP comenzando en 2007. El mismo provee detalles adicionales, información e instrucciones para la implementación del CAP, tal como se indica previamente en los CRs 4064, 4306, 4309 y 5079 y los artículos MLN Matters que se relacionan a esos CRs.

#### Trasfondo

Según se discutió en la reglamentación final de CAP del 21 de noviembre de 2005 ([http://www.access.gpo.gov/su\\_docs/fedreg/a051121c.html](http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a051121c.html)) y como respuesta a los comentarios públicos acerca del acceso de los beneficiarios a nuevos medicamentos, CMS proveyó para la adición de medicamentos NOC al Programa CAP, comenzando en 2007. CMS entiende que la adición de medicamentos NOC al CAP mejorará el acceso de los beneficiarios a los nuevos medicamentos mercadeados que tienen un precio de venta nacional, reducirá la dependencia en la adquisición tipo “comprar y facturar”, y simplificará aún más el proceso de adquisición para los médicos que deciden participar en el CAP.

#### PROCESO PARA AÑADIR MEDICAMENTOS NOC A LA LISTA DE DISTRIBUIDORES CAP

El proceso para añadir medicamentos NOC al Programa CAP básicamente seguirá el mismo proceso que se utiliza para agregar otros medicamentos al CAP, según se describe en el CR5079. Un distribuidor aprobado CAP tendrá

## Drugs

### COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) – CLAIM PROCESSING FOR NOT OTHERWISE CLASSIFIED (“NOC”) DRUGS

#### Provider Types Affected

*Physicians participating in the Medicare Part B Drug CAP.*

#### Impact on Providers

*This article is based on Change Request (CR) 5259, which describes the process for adding Not Otherwise Classified (NOC) Drugs to the CAP beginning in 2007. It provides additional details, information and instructions for the implementation of the CAP as outlined previously in CRs 4064, 4306, 4309 and 5079 and the MLN Matters articles related to those CRs.*

#### Background

*As discussed in the November 21, 2005 CAP final rule ([http://www.access.gpo.gov/su\\_docs/fedreg/a051121c.html](http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a051121c.html)) and in response to public comments about beneficiary access to new medications, CMS provided for the addition of NOC drugs to the CAP beginning in 2007. CMS believes that the addition of NOC drugs to the CAP will improve beneficiaries’ access to newly marketed drugs that have a national sales price, will decrease the reliance on buy and bill acquisition and will further simplify the drug acquisition process for physicians who have elected to participate in the CAP.*

#### PROCESS TO ADD NOC DRUGS TO A CAP VENDOR’S DRUG LIST

*The process for adding NOC drugs to the CAP will basically follow the process for adding other drugs to the CAP as described in*

Cont. on next page

## Medicamentos

que someter una requisición por escrito para que se agreguen medicamentos NOC específicos al contratista CAP designado. La requisición debe incluir:

- Un racional para el cambio propuesto,
- Una exposición respecto al impacto en el Programa CAP (incluyendo seguridad, desperdicios, etc.); y
- El potencial de economías en el costo.

CMS definirá una lista de medicamentos NOC del Programa CAP que el distribuidor aprobado CAP debe utilizar al solicitar la adición de medicamentos NOC al CAP. La lista de medicamentos NOC del Programa CAP se basará en la lista NOC del Precio Promedio de Venta (ASP por sus siglas en inglés), pero incluirá solamente medicamentos que puedan ajustarse a la categoría (o categorías) de medicamentos CAP existente, y medicamentos que tengan una sola cantidad de pago nacional con base en el ASP. La lista de medicamentos NOC del Programa CAP será publicada en el sitio Web CAP de CMS y será actualizada trimestralmente.

Si la lista se aprueba, los cambios tendrán vigencia al principio del siguiente trimestre. CMS publicará los cambios en el sitio Web de CMS (<http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/>) y notificará a los contratistas y a los médicos CAP participantes de cualquier cambio existente trimestralmente. A los médicos CAP participantes se les notificará trimestralmente respecto a los cambios efectuados en su lista de medicamentos CAP para distribuidores CAP aprobados, o por lo menos 30 días antes de que los cambios aprobados estén por entrar en vigor. Las aprobaciones a las listas de medicamentos CAP aplican solamente al distribuidor CAP que sometió la solicitud y a la categoría identificada en la requisición. Por lo tanto, cada lista de medicamentos de los distribuidores puede que contenga diferentes medicamentos después que los cambios en la lista inicial han sido aprobados. La cantidad de pago de medicamentos NOC del Programa CAP será la misma tarifa publicada en el archivo de medicamentos NOC del Programa ASP,

## Drugs

*CR5079. An approved CAP vendor will be required to submit a written request to add specific NOC drugs to the CAP designated carrier. The request must include:*

- *A rationale for the proposed change,*
- *A discussion of the impact on the CAP (including safety, waste, etc.), and*
- *The potential for cost savings.*

*CMS will define a list of CAP NOC drugs that the approved CAP vendor must use when requesting the addition of NOC drugs to the CAP. The CAP NOC drug list will be based on the ASP NOC list, but will include only drugs that are both likely to fit the existing CAP drug category (or categories) and drugs that have a single national ASP-based payment amount. The CAP NOC drug list will be posted on the CMS CAP web site and updated quarterly.*

*If approved, changes will become effective at the beginning of the following quarter. CMS will post the changes on the CMS website (<http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/>) and notify the carriers and participating CAP physicians of any changes on a quarterly basis. Participating CAP physicians will be notified of changes to their approved CAP vendor's CAP drug list on a quarterly basis and at least 30 days before the approved changes are due to take effect. CAP drug list approvals apply only to the CAP vendor who submitted the request and to the category identified on the request. Therefore, each vendor's drug list may contain different drugs after changes to the initial drug list are approved. The CAP NOC drug payment amount will be at the same rate as published*

Cont. on next page

## Medicamentos

consecuente con la próxima actualización trimestral, y la cantidad de pago se actualizará anualmente, tal como se hace con los otros medicamentos CAP.

### REQUISITOS PARA SOMETER RECLAMACIONES NOC AL PROGRAMA CAP

CMS requiere el uso de un código Q específico para el Programa CAP (*Q4082 Drug/bio NOC part B drug CAP*) en reclamaciones de medicamentos NOC bajo el Programa CAP, a fin de poder distinguir las reclamaciones de medicamentos NOC del CAP de las reclamaciones NOC del ASP, y para prevenir que las reclamaciones CAP se paguen fuera del CAP de medicamentos de la Parte B de Medicare. Las reclamaciones de médicos por concepto de la administración de medicamentos NOC CAP deben:

- Hacer uso del Código-Q específico de CAP: Q4082 Drug/bio NOC part B drug CAP
- Identificar el medicamento específico NOC que ha sido administrado en el campo 19 en reclamaciones en papel, o en el Enlace 2300 Segmento NTE en reclamaciones electrónicas.
- Las reclamaciones de médicos deben incluir también el modificador CAP apropiado (J1, J2, J3). Todos los demás parámetros de reclamaciones CAP permanecen igual.

**Nota:** Los médicos que han seleccionado participar en el Programa CAP deberán continuar utilizando los códigos NOC de ASP al facturar medicamentos NOC que se encuentren fuera del CAP. También deberán recordar que los médicos que participan en el CAP deben obtener todos los medicamentos CAP de las actualizaciones de los distribuidores CAP aprobados, a no ser que necesidades médicas requieran el uso de una fórmula no suplida por el distribuidor.

### DEVOLUCIÓN DE RECLAMACIONES CAP NOC

Para las siguientes tres situaciones, si:

- La reclamación se somete con el código NOC del CAP, pero la descripción no paree con un medicamento NOC del CAP en la lista aprobada; o

## Drugs

*on the ASP NOC file consistent with the next quarterly update, and the payment amount will be updated annually as for other CAP drugs.*

### CAP NOC CLAIMS SUBMISSION REQUIREMENTS

*CMS requires the use of a CAP-specific Q code (Q4082 Drug/bio NOC part B drug CAP) for CAP NOC drug claims in order to distinguish CAP NOC drug claims from ASP NOC claims and to prevent the CAP claims from being paid outside the Medicare Part B drug CAP. Physician drug administration claims for CAP NOC drugs are required to:*

- *Use the CAP-specific NOC Q-code Q4082 Drug/bio NOC part B drug CAP, and*
- *Identify the specific NOC drug that had been administered in Item 19 on paper claims or Loop 2300 Segment NTE on electronic claims.*
- *Physician claims must also contain the appropriate CAP modifiers (J1, J2, J3) All other CAP claim parameters will remain the same.*

**Note:** *Physicians who have elected to participate in the CAP should continue to use ASP NOC codes when billing for NOC drugs that are outside the CAP. Also remember that physicians who participate in the CAP are required to obtain all CAP drugs on the updates from the approved CAP vendor unless medical necessity requires the use of a formulation not supplied by the vendor.*

### RETURNED CAP NOC CLAIMS

*For the following three situations, if:*

- *The claim is submitted with a CAP NOC code, but the description does not match a CAP NOC drug on the approved list; or*

Cont. on next page

## Medicamentos

- La reclamación se somete con un código NOC del CAP por un médico no participante en el CAP; o
- La reclamación es sometida con un código NOC "J" con una descripción de un medicamento aprobado NOC del CAP.

### Entonces:

- Las reclamaciones serán devueltas a los médicos con un código de observación 16 (El servicio/reclamación carece de información necesaria para la adjudicación) y el código de observación MA 130 (Sus reclamaciones contienen información incompleta y/o inválida, y no tendrá derechos de apelación debido a que la reclamación no es procesable).
- Código de Observación N350 (Descripción de un servicio para un código NOC o procedimiento no-listado falta/incompleta/inválida).
- Código de Observación N56 (Código de Procedimiento facturado no es correcto/válido para los servicios facturados o para la fecha de servicio) aparecerá en el segundo o tercer caso.

### Implementación

La fecha de implementación del CR5259 es enero 2 de 2007.

### Información Adicional

La Sección 303 (d) del *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* (MMA por sus siglas en inglés) del 2003, requiere la implementación de un Programa Competitivo de Adquisición (CAP por sus siglas en inglés) para medicamentos y biológicos bajo la Parte B de Medicare que no se paguen basados en un sistema de costo o bajo un sistema prospectivo de pago. Con vigencia para medicamentos administrados a partir del 1 de julio de 2006, se les ofrece una opción a los médicos entre comprar y facturar estos medicamentos bajo el sistema de Precio Promedio de Ventas (ASP por sus siglas en inglés), u obtener estos medicamentos de los distribuidores seleccionados mediante un proceso competitivo

## Drugs

- *The claim is submitted with a CAP NOC code by a non-CAP physician; or*
- *The claim is submitted with a J NOC code with a description of a CAP approved NOC drug.*

### Then:

- *Claims will be returned to physicians with a reason code of 16 (Claim/service lacks information needed for adjudication) and remark code MA 130 (Your claims contain incomplete and/or invalid information, and no appeals rights are afforded because the claim is unprocessable).*
- *Remark code N350 (Missing/incomplete/invalid description of a service for a NOC code or unlisted procedure) will also appear in the first situation.*
- *Remark code N56 (Procedure code billed is not correct/valid for the services billed or the date of service billed) will appear in the second and third situations.*

### Implementation

*The implementation date for CR5259 is January 2, 2007.*

### Additional Information

*Section 303 (d) of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) of 2003, requires the implementation of a competitive acquisition program (CAP) for Medicare Part B drugs and biologicals ("drugs") not paid on a cost or prospective payment system basis. Beginning with drugs administered on or after July 1, 2006, physicians will be given a choice between buying and billing these drugs under the average sales price (ASP) system, or obtaining these drugs from vendors selected in a competitive bidding process. A participating CAP physician will submit a claim*

Cont. on next page

## Medicamentos

de subasta. Un médico participante CAP someterá una reclamación por concepto de la administración de medicamentos al contratista local de Medicare. Un distribuidor aprobado CAP someterá una reclamación por el medicamento al contratista designado CAP de Medicare.

La Petición de Cambio (CR) 5159 no es un CR independiente. El mismo provee detalles adicionales, información e instrucciones para la implementación del Programa (CAP) Competitivo de Adquisición, según se define en los siguientes enlaces:

- CR4064 - (<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R777CP.pdf>; <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf>),
- CR4306 - (<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R841CP.pdf>),
- CR4309 - (<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R866CP.pdf>; <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf>) y
- CR5079 - (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1055CP.pdf>; <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf>).

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1034CP.pdf>.

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

## Drugs

*for drug administration to the Medicare local carrier. An approved CAP vendor will submit a claim for the drug product to the CAP Medicare designated carrier.*

*Change Request (CR) 5259 is not a stand-alone CR. It provides additional details, information, and instructions for the implementation of the Competitive Acquisition Program (CAP) as outlined in:*

- CR4064 - (<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R777CP.pdf>; <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf>),
- CR4306 - (<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R841CP.pdf>),
- CR4309 - (<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R866CP.pdf>; <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf>) and
- CR5079 - (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1055CP.pdf>; <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf>).

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1034CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5259 / Trans R1034CP / CR5259 / 08-29-06 / mlv rrc



## Medicamentos

### PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA DE MEDICARE PARTE B (CAP): NO FACTURAR UN NÚMERO DE ORDEN DE RECETA MÁS DE UNA VEZ

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos que participan en el Programa de Adquisición Competitiva (CAP, por sus siglas en inglés) para Medicamentos y Biológicos de la Parte B.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Un número de orden de receta CAP **sólo puede usarse en una línea de reclamación**. No deberá volverse a usar en otra línea de la misma reclamación, y tampoco deberá volverse a usar en otra reclamación.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han encontrado que algunas reclamaciones CAP se están procesando incorrectamente cuando los números de orden de receta CAP se utilizan más de una vez al facturar por medicamentos CAP.

El número de orden de receta tiene como propósito servir de identificador único, y no deberá utilizarse más de una vez.

#### Trasfondo

CMS publica este artículo de Edición Especial para proveer una aclaración con respecto a la facturación de medicamentos bajo el Programa CAP para Medicamentos y Biológicos de la Parte B.

#### Procesamiento de Reclamaciones CAP

A fin de poder procesar y pagar la reclamación de medicamentos del distribuidor CAP, los médicos deben someter:

- Una reclamación para la administración del medicamento correspondiente; y
- Una línea “no-pagar” en la reclamación para el medicamento.

## Drugs

### MEDICARE PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP): DO NOT BILL A PRESCRIPTION ORDER NUMBER MORE THAN ONCE

#### Provider Types Affected

*Physicians participating in the CAP for Part B Drugs and Biologicals*

#### Provider Action Needed

*A CAP prescription order number must **only be used on one claim line**. It should not be reused on another claim line on the same claim, and it should not be reused on any other claim.*

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has found some CAP claims are being processed incorrectly when CAP prescription order numbers are reused when billing for CAP drugs.*

*The prescription order number is intended to be a unique identifier, and it should not be reused.*

#### Background

*This special edition article is being released by the CMS to provide a clarification on billing for drugs under the CAP for Part B Drugs and Biologicals.*

#### CAP Claims Processing

*In order for the CAP vendor's drug claim to be processed and paid, physicians must submit:*

- *A corresponding drug administration claim; and*
- *A no-pay claim line for the drug.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Entonces, la reclamación del medicamento del distribuidor y la reclamación del médico seorean en el sistema de procesamiento de reclamaciones mediante el número de orden de receta, y al distribuidor se le paga por el medicamento administrado.

La línea de la reclamación “no-pagar” del médico consiste de:

- El Código HCPCS (Health Care Procedure Coding System) del medicamento CAP
- La cantidad facturada (que no puede ser igual a cero, y
- El número de unidades de facturación HCPCS que se administraron.

El número de orden de receta CAP:

- Es un número **único** generado por el distribuidor aprobado CAP
- Se utiliza para parear las reclamaciones CAP en el sistema de pago; y
- Está asociado con una línea en una reclamación electrónica.

CMS encontró que algunas reclamaciones CAP se estaban procesando incorrectamente debido a lo siguiente:

- Los medicamentos pedidos bajo un número de orden de receta único se están facturando en múltiples líneas de la reclamación; y
- El número de orden de receta **se está utilizando** más de una vez con el modificador 76. (Ver la sección **Información Adicional** de este artículo para la definición de modificador 76).

**Nota:** Un número de orden de receta CAP **debe utilizarse solo en UNA línea de la reclamación**. No deberá utilizarse en otra línea de la reclamación en la misma reclamación, y no deberá utilizarse nuevamente en ninguna otra reclamación.

## Drugs

*The vendor’s drug claim and the physician’s claim are then matched in the claims processing system by the prescription order number, and the vendor is paid for the drug that was administered.*

*A physician’s no-pay claim line consists of:*

- *The CAP drug’s Health Care Procedure Coding System (HCPCS) code,*
- *A billed amount (which must not equal zero), and*
- *The number of HCPCS billing units that were administered.*

*The CAP prescription order number is:*

- *A **unique** number generated by the approved CAP vendor;*
- *Used to match CAP claims in the payment system; and*
- *Associated with a line on an electronic claim.*

*CMS has found that some CAP claims are being processed incorrectly due the following:*

- *Drugs ordered under one, unique prescription order number are being billed on multiple claim lines; and*
- *The prescription order number **is being reused** with the modifier 76. (See the Additional Information Section of this article for a definition of modifier 76.)*

**Note:** *A CAP prescription order number must **only be used on ONE claim line**. It should not be reused on another claim line on the same claim, and it should not be reused on any other claim.*

Cont. on next page

## Medicamentos

### Ejemplo de Facturación CAP

Si un distribuidor CAP ha enviado un medicamento utilizando un número de orden de receta pero el medicamento se administra en varias dosis, la cantidad total administrada se debe identificar en el número de unidades de facturación.

#### Ejemplo:

El distribuidor CAP aprobado ha enviado 20 Unidades de Heparin del J1642 Heparin Sodium (Heparin Lock Flush) bajo el número de orden de receta QXXXJ1642YYYYY. (**Nota:** El código HCPCS J1642 tiene el siguiente descriptor: Inj heparin sodium per 10 u.)

- Las líneas intravenosas del paciente requirieron **dos (2) lavados de 10 Unidades de Heparina** durante el curso de la visita a la oficina del médico.
- En vista de que el código HCPCS define a J1642 como 10 Unidades de Heparina, y se administraron un total de 20 unidades de Heparina, esta situación se:
- Facturaría como **2 unidades de facturación de J1642** en una línea que contiene un modificador CAP J1 de “no-pagar”, y
- Asociaría con el número de orden de receta QXXXJ1642YYYYY.

#### Información Adicional

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

Para información adicional sobre facturación CAP, refiérase a la hoja de consejos sobre facturación disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/cap\\_billtips.pdf](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/cap_billtips.pdf).

Información sobre facturación para médicos sobre el Programa CAP también está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02\\_infophys.asp](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp).

## Drugs

### CAP Billing Example

*If a CAP vendor has shipped a drug using one prescription order number but the drug is administered in several doses, the total amount administered should be identified in the number of billing units.*

#### Example:

*The approved CAP vendor has shipped 20 Heparin Units of J1642 Heparin Sodium (Heparin Lock Flush) under the prescription order number QXXXJ1642YYYYY. (**Note:** HCPCS Code J1642 has the descriptor: Inj heparin sodium per 10 u.)*

- *The patient's IV lines required **two 10 Unit heparin flushes** during the course of the office visit.*
- *Since the HCPCS code defines J1642 as 10 Units of heparin and a total of 20 units of heparin were administered, this situation would be:*
- *Billed as **2 billing units of J1642** on a line containing a J1 no-pay CAP modifier, and*
- *Associated with prescription order number QXXXJ1642YYYYY.*

#### Additional Information

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

*For additional information about CAP billing refer to the billing tip sheet at [www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/cap\\_billtips.pdf](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/cap_billtips.pdf) on the CMS web site.*

*Physician billing information on the Competitive Acquisition Program (CAP) may be found at [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02\\_infophys.asp](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp) on the CMS web site.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Además, puede encontrar el artículo de Medlearn Matters MM4064 (*MMA- Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs – Coding, Testing, and Implementation*) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm4064.pdf>.

También puede encontrar el artículo de Edición Especial SE0672 (*Clarification of Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs and Biologicals*) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0672.pdf>.

**Modificador 76** – Procedimiento Repetido por el Mismo Médico: El médico puede que necesite indicar que un procedimiento o servicio se repitió subsiguiente al servicio original. Esta circunstancia se puede reportar agregando el modificador **76** al servicio repetido.

**Nota:** Cuando es médicamente necesario repetir un servicio, el primer servicio se deberá reportar de la manera tradicional. El servicio repetido se deberá reportar en la próxima línea con el modificador **76**, como apéndice al código de procedimiento. En el caso que sea médicamente necesario repetir el procedimiento más de dos veces, se deberá reportar la segunda línea con el modificador **76** y el número apropiado de unidades en el campo de unidades. Si un servicio se repite más de una vez, se deberá proveer información adicional en el campo narrativo de la reclamación a fin de sustentar la necesidad médica que requiere la repetición de los servicios. El expediente médico del paciente debe documentar la necesidad médica de realizar procedimientos repetitivos y esa información debe siempre estar disponible para el contratista, en caso de necesitarlo.

## Drugs

*In addition, you can find MM4064 (MMA- Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs – Coding, Testing, and Implementation) at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm4064.pdf> on the CMS web site.*

*You can also find SE0672 (Clarification of Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs and Biologicals) at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0672.pdf> on the CMS web site.*

**Modifier 76- Repeat Procedure by Same Physician:** *The physician may need to indicate that a procedure or service was repeated subsequent to the original service. This circumstance may be reported by adding the modifier **76** to the repeated service.*

**Note:** *When it is medically necessary to repeat a service, the first service should be reported in the usual manner. The repeat service should be reported on the next line with modifier **76** appended to the procedure code. In the event it is medically necessary to repeat a procedure more than twice, report the second line with the **76** modifier and the appropriate number of units in the units field. If a service is repeated more than once, additional documentation should be provided in the narrative field of the claim to support the medical necessity of the repeat services. The patient's medical records must always document the medical necessity of performing repeat procedures and be available to the carrier upon request.*

Pub. SE0677 / Trans N/A / CR N/A / N/A / mlv rrc

## Medicamentos

### ARCHIVO TRIMESTRAL DE ENERO 2007 DE PRECIOS PROMEDIOS DE VENTA (ASP) DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE (VIGENTE EL 1 DE ENERO DE 2007) Y REVISIONES DE ABRIL, JULIO Y OCTUBRE 2006

#### Proveedores Afectados

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

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5413, la cual notifica a los Contratistas de Medicare que deben descargar el archivo de Precios Promedio de Venta (ASP, por sus siglas en inglés) de Medicamentos de la Parte B de Medicare, así como las revisiones a los archivos de precio de Enero 2006, Abril 2006, Julio 2006 y Octubre 2006.

#### Trasfondo

El *Medicare Modernization Act* de 2003 (MMA; Sección 303(c)) revisó la metodología de pago de medicamentos de la Parte B de Medicare que no son pagaderos a base de un sistema prospectivo de pago (OPPS). A partir del 1 de enero de 2005, muchos de los medicamentos y biológicos no pagaderos a base de costo o de un sistema prospectivo de pago (OPPS) serán pagaderos mediante la metodología del Precio Promedio de Venta (ASP por sus siglas en inglés), y el costo para medicamentos compuestos será determinado por el Contratista Local de Medicare. Además, a partir del 2006, todos los medicamentos ESRD suministrados tanto por instalaciones ESRD

## Drugs

### JANUARY 2007 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE, EFFECTIVE JANUARY 1, 2007, AND REVISIONS TO APRIL 2006, JULY 2006 AND OCTOBER 2006

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5413 which informs Medicare contractors to download the January 2007 Average Sales Price (ASP) drug pricing file for Medicare Part B drugs as well as the revised January 2006, April 2006, July 2006, and October 2006 files.*

#### Background

*The Medicare Modernization Act of 2003 (MMA; Section 303(c)) revised the payment methodology for Part B covered drugs that are not paid on a cost or prospective payment basis. Starting January 1, 2005, many of the drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis are paid based on the average sales price (ASP) methodology, and pricing for compounded drugs is performed by the local Medicare contractor. Additionally, beginning in 2006, all ESRD drugs furnished by both independent and hospital-*

Cont. on next page

## Medicamentos

independientes como por aquellas en hospitales, así como ciertos medicamentos ambulatorios cubiertos, medicamentos y productos biológicos con estatus “pass-through” bajo un sistema de pago OPPS, se pagarán haciendo uso de la metodología ASP.

La metodología ASP se basa en datos sometidos trimestralmente a CMS por parte de los fabricantes. CMS, a su vez, provee trimestralmente a sus Contratistas los archivos de precios de Medicamentos ASP cubiertos bajo la Parte B de Medicare.

Para 2007, se pagará una tarifa separada de \$0.152 por cada Unidad Internacional (I.U., por sus siglas en inglés) de factor de coagulación provista, cuando se hagan pagos por separado por concepto de factor de coagulación. La tarifa por proveerla estará incluida en las cantidades de pago contenidas en los archivos de precios trimestrales de medicamentos ASP.

### Metodología ASP

Vigente el 1 de enero de 2005, los límites de pago para medicamentos y biológicos de la Parte B de Medicare que no son pagaderos a base de costo o de pago prospectivo serán el 106% del Precio Promedio de Venta (ASP).

A partir del 1 de enero de 2006, los límites de pago se pagarán a base del 106% del ASP para los siguientes:

- Medicamentos ESRD (cuando se facturan por separado por instalaciones ESRD independientes o con base en hospital), y
- Medicamentos ambulatorios específicos con cubierta, y medicamentos y biológicos con estatus “pass-through” bajo el sistema de pago OPPS.

Las excepciones se resumen a continuación:

- Los límites de pago para sangre y productos sanguíneos (que no sean factores de coagulación), y que no son pagaderos a base de un sistema de pago prospectivo, se determinan de la misma manera en que se determinaban los límites de pagos el 1 de octubre de 2003. Específicamente, los límites de pago para sangre y productos sanguíneos son el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado. Los límites de pago se actualizan trimestralmente. La sangre y productos

## Drugs

*based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPS, will be paid based on the ASP methodology.*

*The ASP methodology is based on quarterly data submitted to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) by manufacturers, and CMS supplies Medicare contractors (carriers, DMERCs, DME MACs, FIs, A/B MACs, and/or RHHIs) with the ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs on a quarterly basis.*

*For 2007, a separate fee of \$0.152 per International Unit (I.U.) of blood clotting factor furnished is payable when a separate payment for the blood clotting factor is made. The furnishing fee will be included in the payment amounts on the quarterly ASP pricing files.*

### ASP Methodology

*Beginning January 1, 2005, the payment allowance limits for Medicare Part B drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis are 106 percent (106%) of the ASP.*

*Beginning January 1, 2006, payment allowance limits are paid based on 106 percent (106%) of the ASP for the following:*

- *ESRD drugs (when separately billed by freestanding and hospital-based ESRD facilities), and*
- *Specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPS.*

*Exceptions are summarized as follows:*

- *The payment allowance limits for blood and blood products (other than blood clotting factors) that are not paid on a prospective payment basis, are determined in the same manner the payment allowance limits were determined on October 1, 2003. Specifically, the payment allowance limits for blood and*

Cont. on next page

## Medicamentos

sanguíneos suministrados a pacientes ambulatorios de un hospital se pagan a base de un sistema de pago prospectivo (OPPS) en las cantidades especificadas al *Ambulatory Payment Classification* (APC) asignado a ese producto.

- Los límites de pago para medicamentos de **infusión suministrados a través de equipo DME** cubierto a partir del 1 de enero de 2005, continuarán siendo el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003, a menos que se trate de un medicamento compuesto. **No habrá actualización a los límites de pago en 2007.** Los límites de pago para medicamentos de infusión suministrados a través de equipo DME cubierto, que no está listado en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003 (ejemplo: medicamentos nuevos) será el 95% en el primer AWP publicado, a menos que se trate de un medicamento compuesto.
- Los límites de pago para vacunas de influenza, neumococo y Hepatitis B son el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado, excepto cuando la vacuna se administró en el departamento ambulatorio de un hospital. Cuando la vacuna es administrada en el departamento ambulatorio de un hospital, la misma se pagará a base de costo razonable.
- Los límites de pago **para medicamentos no incluidos en el Archivo de Precios de Medicamentos ASP de la Parte B de Medicare o Medicamentos No Clasificados (NOC por sus siglas en inglés)**, aparte de medicamentos nuevos producidos o distribuidos bajo un nuevo uso de un medicamento aprobado por la FDA, estarán basados en el costo de adquisición de mayorista (WAC, por sus siglas en inglés) o en el precio de factura. Al determinar el límite de pago basado en el WAC, los contratistas de Medicare siguen la metodología establecida en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 17, Medicamentos y Biológicos) para calcular el AWP, pero sustituyen al WAC por el AWP. El límite de pago es un 100% del precio menor WAC de marca o la mediana de precio WAC del

## Drugs

*blood products are 95 percent (95%) of the average wholesale price (AWP) as reflected in the published compendia. The payment allowance limits will be updated on a quarterly basis. Blood and blood products furnished in the hospital outpatient department are paid under OPPS at the amount specified for the APC to which the product is assigned.*

- *Payment allowance limits for **infusion drugs furnished through a covered item of durable medical equipment** on or after January 1, 2005, will continue to be 95 percent (95%) of the AWP reflected in the published compendia as of October 1, 2003, unless the drug is compounded. **The payment allowance limits will not be updated in 2007.** Payment allowance limits for infusion drugs furnished through a covered item of durable medical equipment (DME) that were not listed in the published compendia as of October 1, 2003, (i.e., new drugs) are 95 percent (95%) of the first published AWP unless the drug is compounded.*
- *Payment allowance limits for influenza, Pneumococcal and Hepatitis B vaccines are 95 percent (95%) of the AWP as reflected in the published compendia except where the vaccine is furnished in a hospital outpatient department. Where the vaccine is administered in the hospital outpatient department, the vaccine is paid at reasonable cost.*
- *The payment allowance limits for **drugs that are not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File**, other than new drugs that are produced or distributed under a new drug application approved by the Food and Drug Administration, are based on the published wholesale acquisition cost (WAC) or invoice pricing. In determining the payment limit based on WAC, the Medicare contractors follow the methodology specified in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 17, Drugs and Biologicals) for calculating the AWP but*

Cont. on next page

## Medicamentos

genérico. Para 2006, la administración del factor de coagulación de \$0.146 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP. Para 2007, la administración del factor de coagulación de sangre de \$0.152 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP.

- Los límites de pago para medicamentos **nuevos que se manufacturan o se distribuyen bajo un nuevo uso de un medicamento aprobado por la FDA** y que no están incluidos en el Archivo de Precio ASP de Medicamentos de la Parte B de Medicare o el Archivo de Medicamentos NOC, se basan en el 106% del WAC o el precio de factura, si es que el WAC no se ha publicado. Esta política aplica solamente a medicamentos nuevos que se vendieron inicialmente a partir del 1 de enero de 2005.
- Los límites de precio fijo para **radiofármacos** no están sujetos al ASP. Los radiofármacos suministrados en el departamento ambulatorio del hospital son cargos pagados reducidos al costo, según la proporción del costo total del hospital y el cargo correspondiente.

A partir del 19 de diciembre de 2006, las revisiones a los archivos de precio ASP de Abril, Julio y Octubre 2006 y medicamentos NOC (Not Otherwise Classified) estarán disponibles para descargarse desde el sitio Web ASP de CMS, y los límites de pago incluidos en los archivos revisados de pago ASP y NOC sustituyen cualquier límite de pago publicado previo a este documento para esos códigos. Los archivos revisados aplican a reclamaciones basadas en las fechas de servicio que se muestran a continuación:

Fecha de Revisión a los Límites de Pago <i>Payment Allowance Limit Revision Date</i>	Fechas de Servicio Aplicables <i>Applicable Dates of Service</i>
April 1, 2006	April 1, 2006 through June 30, 2006
July 1, 2006	July 1, 2006 through September 30, 2006
October 1, 2006	October 1, 2006 through December 31, 2006
January 1, 2007	January 1, 2007 through March 31, 2007

**NOTA:** LA AUSENCIA O PRESENCIA DE UN CÓDIGO HCPCS Y EL LÍMITE DE PAGO ASOCIADO NO ES INDICATIVO DE CUBIERTA

## Drugs

*substitute WAC for AWP. The payment limit is 100 percent (100%) of the lesser of the lowest-priced brand or median generic WAC. For 2006, the blood clotting furnishing factor of \$0.146 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file. For 2007, the blood clotting furnishing factor of \$0.152 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file.*

- *The payment allowance limits for **new drugs that are produced or distributed under a new drug application approved by the Food and Drug Administration (FDA)** and that are not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File are based on 106 percent (106%) of the WAC or invoice pricing, if the WAC is not published. This policy applies only to new drugs that were first sold on or after January 1, 2005.*
- *The payment allowance limits for **radiopharmaceuticals** are not subject to ASP. Radiopharmaceuticals furnished in the hospital outpatient department are paid charges reduced to cost by the hospital's overall cost to charge ratio.*

*On or after December 19, 2006, the revised April, July and October 2006 and January 2007 ASP file and ASP Not Otherwise Classified (NOC) files will be available for retrieval from the CMS ASP webpage, and the payment limits included in the revised ASP and NOC payment files supersede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document. The revised files are applicable to claims based on dates of service as shown in the following table:*

**NOTE:** THE ABSENCE OR PRESENCE OF A HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODE  
Cont. on next page



## Medicamentos

POR PARTE DE MEDICARE PARA UN MEDICAMENTO BIOLÓGICO. DE IGUAL FORMA, LA INCLUSIÓN DE UN LÍMITE DE PAGO EN UNA COLUMNA ESPECÍFICA NO ES INDICATIVO DE CUBIERTA POR PARTE DE MEDICARE DE UN MEDICAMENTO EN ESA CATEGORÍA ESPECÍFICA. EL CONTRATISTA LOCAL DE MEDICARE QUE PROCESA SU RECLAMACIÓN HARÁ LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES.

### Medicamentos Suministrados Durante Llenado o Rellenado de Bomba de Implante o Reserva

A los médicos (o un profesional de la salud, según se describe en la Sección 1842(b)(18)(C)) se les puede pagar por llenado o relleno de una bomba implantable o tanque, cuando es médicamente necesario que ellos provean el servicio. Los Contratistas deben determinar que el uso de la bomba implantable o el tanque de reserva es algo médicamente necesario y razonable a fin de permitir el pago por: (1) el servicio profesional de haber realizado el llenado o relleno de la bomba implantable o tanque de reserva; y (2) por medicamentos suministrados incidental a la prestación del servicio profesional.

Si un médico (o algún otro profesional de la salud) está recetando medicamentos para un paciente con una bomba implantable, un(a) enfermero(a) puede rellenar la bomba: (1) si el medicamento que se administra está aceptado como un tratamiento seguro y efectivo para la enfermedad o lesión del paciente; (2) si existe una razón médica para que el medicamento no pueda tomarse por la vía oral; y (3) si las destrezas de la enfermera son necesarias para la infusión segura y efectiva del medicamento. El pago de medicamentos suministrados incidental al servicio de llenado o relleno de una bomba implantable o tanque se determinará haciendo uso de la metodología ASP descrita anteriormente.

### Información Adicional

Si desea detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a sus Contratistas de la Parte B, DMERCs, DME MACs, FIs, A/B MACs, y/ o los RHHs sobre este cambio. Esta instrucción está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1129CP.pdf>.

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

## Drugs

AND ITS ASSOCIATED PAYMENT LIMIT DOES NOT INDICATE MEDICARE COVERAGE OF THE DRUG OR BIOLOGICAL. SIMILARLY, THE INCLUSION OF A PAYMENT LIMIT WITHIN A SPECIFIC COLUMN DOES NOT INDICATE MEDICARE COVERAGE OF THE DRUG IN THAT SPECIFIC CATEGORY. THE LOCAL MEDICARE CONTRACTOR PROCESSING THE CLAIM SHALL MAKE THESE DETERMINATIONS.

### Drugs Furnished During Filling or Refilling an Implantable Pump or Reservoir

*Physicians (or a practitioner described in the Social Security Act (Section 1842(b) (18) (C); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1842.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1842.htm)) may be paid for filling or refilling an implantable pump or reservoir when it is medically necessary for the physician (or other practitioner) to perform the service. Contractors must find the use of the implantable pump or reservoir medically reasonable and necessary in order to allow payment for the professional service to fill or refill the implantable pump or reservoir and to allow payment for drugs furnished incident to the professional service.*

*If a physician (or other practitioner) is prescribing medication for a patient with an implantable pump, a nurse may refill the pump if the medication administered is accepted as a safe and effective treatment of the patient's illness or injury; there is a medical reason that the medication cannot be taken orally; and the skills of the nurse are needed to infuse the medication safely and effectively. Payment for drugs furnished incident to the filling or refilling of an implantable pump or reservoir is determined under the ASP methodology as described above.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carriers, DMERCs, DME MACs, FIs, A/B MACs, and/or RHHs regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1129CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5413 / Trans R1129CP / CR5413 / 12-15-06/ mlv rrc

## Laboratorio

### CAMBIOS AL MÓDULO DE ÉDITOS DEL NCD DE LABORATORIO DE ENERO 2007

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios de laboratorio clínico prestados a los beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5384, la cual anuncia los cambios que se incluirán en la publicación de enero de 2007 del módulo de éditos del NCD para servicios de laboratorio clínico.

#### Trasfondo

Las Determinaciones de Cubierta Nacional (NCDs, por sus siglas en inglés) para servicios de laboratorio clínico fueron desarrolladas por el comité de reglamentación negociada de laboratorios y se publicaron como reglamentación final el 23 de noviembre de 2001. Subsiguientemente, CMS contrató para que se desarrollara una aplicación de computadora uniforme y que la misma se integrara en los sistemas compartidos de modo que las reclamaciones de laboratorio sujetas a uno de los 23 NCDs pudiera ser procesada de manera uniforme a través de la nación a partir del 1 de enero de 2003.

El módulo de éditos de laboratorio para los NCDs se actualiza trimestralmente (según sea necesario) para reflejar actualizaciones de códigos y cambios significativos a los NCDs desarrollados por medio del proceso NCD. (Refiérase al *Medicare Claims Processing Manual* [Pub. 100-04], Capítulo 16, Sección 120.2, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf>.)

Estas actualizaciones son el resultado de las decisiones de análisis de códigos desarrolladas bajo el procedimiento de mantenimiento de códigos

## Laboratory

### CHANGES TO THE LABORATORY NCD EDIT SOFTWARE FOR JANUARY 2007

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for clinical diagnostic laboratory services provided for Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5384, which announces the changes that will be included in the January, 2007 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory NCDs.*

#### Background

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

*The laboratory edit module for the NCDs is updated quarterly (as necessary) to reflect coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process. (See the *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Chapter 16, Section 120.2., available at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf> on the CMS website.)*

*These updating changes are a result of coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs, and biannual updates of*

Cont. on next page

## Laboratorio

en los NCDs negociados y de las actualizaciones semestrales a los códigos ICD-9-CM. Además, muchos de los cambios enumerados pueden corregir códigos CPT para reflejar la actualización vigente del CPT.

El CR5384 notifica a su Contratista de la Parte B, FI o Contratista MAC A/B de Medicare sobre los cambios al módulo de éditos de laboratorio y sobre cambios en las listas de códigos NCD de laboratorio vigentes para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007.

El CR5384 anuncia, específicamente, la adición de los siguientes códigos ICD-9-CM:

- **V58.83 (Encounter for therapeutic drug monitoring)** a la lista de (1) Códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para **NCD de Tiempo de Protombina (190.17)**, y (2) Códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el **NCD de Tiempo Parcial de Tromboplastina (190.16)**.
- **783.0 (Anorexia) y 793.99 (Other nonspecific abnormal findings on radiological and other examinations of body structure)** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el **NCD de Pruebas de Tiroides (190.22)**; y
- **995.20 (Unspecified adverse effect of unspecified drug, medicinal and biological substance)** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el **NCD de Prueba de Detección de Sangre Fecal Oculta (190.34)**.

El CR5384 también modifica el descriptor del **NCD del Código CPT 87088 en Cultivo de Orina, Bacterial (190.12)** para que lea "Culture, bacterial; with isolation and presumptive identification of each isolates, urine".

### Información Adicional

Si desea obtener detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o Contratista A/B MAC sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1093CP.pdf>.

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

## Laboratory

*the ICD-9-CM codes. In addition, many of the listed changes may correct Current Procedural Terminology (CPT) codes to reflect the current CPT update.*

*CR5384 informs your Medicare carrier, FI, or A/B MAC about changes to the laboratory edit module and changes in laboratory NCD code lists effective for services furnished on or after January 1, 2007.*

*CR5384 specifically announces the addition of the following ICD-9-CM code(s):*

- **V58.83 (Encounter for therapeutic drug monitoring)** to the list of 1) ICD-9-CM codes covered by Medicare for **the Prothrombin Time (190.17) NCD** and 2) ICD-9-CM codes covered by Medicare for **the Partial Thromboplastin Time (190.16) NCD**;
- **783.0 (Anorexia) and 793.99 (Other nonspecific abnormal findings on radiological and other examinations of body structure)** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare **for the Thyroid Testing (190.22) NCD**; and
- **995.20 (Unspecified adverse effect of unspecified drug, medicinal and biological substance)** to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for **the Fecal Occult Blood Test (190.34) NCD**.

*CR5384 also modifies the descriptor for **CPT code 87088 in Urine Culture, Bacterial NCD (190.12)** to read "Culture, bacterial; with isolation and presumptive identification of each isolates, urine;".*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier, FI, or A/B MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1093CP.pdf> on the CMS website.*

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

MM5384 / Trans R1093CP / CR5384 / 10-27-06 / mlv rrc

## Laboratorio

### DEMOSTRACIÓN DE LICITACIÓN COMPETITIVA DE LABORATORIOS

#### Proveedores Afectados

Médicos y todos los proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs) por concepto de pruebas de laboratorio clínico realizadas a beneficiarios de la Parte B de Medicare que residen en localidades ubicadas dentro del Área de Demostración de Licitación Competitiva (CBA por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

La Sección 302(b) del *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* del 2003 (MMA) requiere que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) lleven a cabo proyectos de demostración sobre la aplicación de adquisición competitiva para el pago de la mayoría de los servicios de laboratorio clínico que, de otra manera, serían pagaderos bajo el sistema de pago de la Parte B de Medicare.

Bajo este estatuto, las pruebas de cernimiento de cáncer cervical (“pap smears”) y de cáncer colorectal se excluyen de esta demostración. Los requisitos bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA), según se ordena en la Sección 353 del *Public Health Act*, son aplicables.

La base de pago determinada para cada CBA será sustituida por el pago existente bajo las tarifas fijas para pruebas de laboratorio clínico. Se espera que haya múltiples ganadores en cada CBA.

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los “Transmittals” R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

### LABORATORY COMPETITIVE BIDDING DEMONSTRATION

#### Provider Types Affected

*Physicians and all providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for clinical laboratory tests performed for Medicare Part B beneficiaries who live within the competitive bidding demonstration area (CBA) sites*

#### Background

*Section 302(b) of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA) requires the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to conduct a demonstration project on the application of competitive acquisition for payment of most clinical laboratory services that would otherwise be payable under the Medicare Part B fee schedule.*

*Under this statute, pap smears and colorectal cancer screening tests are excluded from this demonstration. Requirements under the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), as mandated in section 353 of the Public Health Service Act, are applicable.*

*The payment basis determined for each CBA will be substituted for payment under the existing clinical laboratory fee schedule. Multiple winners are expected in each CBA.*

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

### Puntos Clave

Este artículo y la Petición de Cambio (CR) 5359 proveen instrucciones para la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva para laboratorios. Los requisitos especificados en este artículo y el CR5359 se encuentran en preparación para la implementación de la demostración del primer CBA el 1 de abril de 2007.

- El proyecto cubrirá pruebas de demostración para todos los beneficiarios de la Parte B de Medicare que residen en localidades de demostración, según se determine por el código postal del lugar de residencia del beneficiario.
- Pruebas realizadas a pacientes hospitalizados están cubiertas por la Parte A de Medicare y, por lo tanto, **están excluidas** de esta demostración.
- Pruebas de Laboratorio realizadas en el consultorio del médico (POL por sus siglas en inglés), así como a pacientes ambulatorios, **no están incluidas en la demostración, excepto cuando** el consultorio médico o laboratorio clínico de un hospital funcionan como laboratorios independientes, realizando pruebas a beneficiarios que no necesariamente son pacientes del médico ni pacientes ambulatorios de ese hospital.
- CMS continuará pagando los servicios de laboratorio de los pacientes POL y pacientes ambulatorios de acuerdo a las tarifas fijas vigentes de laboratorios clínicos.

### Licitadores Requeridos

Laboratorios clínicos que han recibido \$100,000 o más en pagos por servicio (Fee-for-Service) anuales de la Parte B de Medicare, desde el año calendario (CY) 2005 para “pruebas de

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los “Transmittals” R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

### Key Points

*This article and Change Request (CR) 5359 provides instructions for the implementation of a laboratory competitive bidding demonstration. The requirements specified in this article and CR5359 are in preparation for the implementation of the demonstration in the first CBA on April 1, 2007.*

- *The project will cover demonstration tests for all Medicare Part B beneficiaries who live in the demonstration sites, as determined by the zip code of the beneficiary’s residence.*
- *Hospital inpatient testing is covered by Medicare Part A and is therefore **exempt** from the demonstration.*
- *Physician office laboratory (POL) testing and hospital outpatient testing **are not included in the demonstration, except** where the physician office or hospital laboratory functions as an independent laboratory performing testing for a beneficiary who is not a patient of the physician or hospital outpatient department.*
- *CMS will continue to pay POL patient and hospital outpatient laboratory services in accordance with the existing clinical laboratory fee schedule.*

### Required Bidders

*Laboratory firms with \$100,000 or more in annual Medicare Part B (fee-for-service) payments as of calendar year (CY) 2005 for*

1. *Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.*

Cont. on next page

## Laboratorio

demostración” realizadas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBAs (sin importar la ubicación del Laboratorio Clínico), tendrán que licitar en esta demostración.

Estos laboratorios se conocen como “licitadores requeridos” o “compulsorios”.

### Laboratorios Pasivos

Laboratorios Clínicos pequeños o compañías que han recibido menos de \$100,000 en pagos por servicio (Fee-for-Service) anuales de la Parte B de Medicare (Fee-for-Service) para pruebas de demostración realizadas a beneficiarios de Medicare que viven en áreas consideradas CBA, **no tendrán** que licitar en la demostración. Estos laboratorios se consideran “laboratorios pasivos”. Los laboratorios pasivos recibirán pago a base de la tarifa fija de demostración de licitación competitiva para laboratorios en el caso de pruebas de demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBA.

Durante el período de demostración, CMS supervisará el volumen de servicios prestados por los laboratorios pasivos para asegurar que sus pagos anuales bajo la Parte B de Medicare para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas de demostración no excedan el tope anual de \$100,000.

Los laboratorios pasivos que sobrepasen el tope anual de \$100,000 por \$25,000 o más serán:

- Eliminados del proyecto de demostración; y
- No recibirán pago alguno por parte de Medicare para pruebas de laboratorio suministradas a beneficiarios residentes en áreas consideradas CBAs (sin importar dónde está ubicado el laboratorio clínico) durante la vigencia total del proyecto de demostración.

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los “Transmittals” R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*“demonstration tests” provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) will be required to bid in the demonstration.*

*These laboratory firms will be referred to as “required bidders.”*

### Passive Laboratories

*Small laboratories or laboratory firms with less than \$100,000 in annual Medicare Part B (fee-for-service) payments for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs will **not be required** to bid in the demonstration. These laboratories are considered “passive” laboratories.” Passive laboratories will be paid the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBA.*

*During the demonstration period, CMS will monitor the volume of services performed by passive laboratories to ensure that their annual payments under Medicare Part B for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the demonstration sites do not exceed the annual ceiling of \$100,000.*

*Passive laboratory firms exceeding the annual ceiling of \$100,000 by \$25,000 or more will be:*

- Terminated from the demonstration project; and*
- Will not be paid anything by Medicare for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) for the duration of the demonstration.*

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

-- **Laboratorios Clínicos o firmas que proveen servicios de laboratorio clínico exclusivamente a beneficiarios de Medicare con Enfermedad Renal Terminal (ESRD por sus siglas en inglés) y que residen en áreas consideradas CBAs, no tendrán que licitar en esta demostración. A estos laboratorios se les conoce como “laboratorios pasivos ESRD”.** Los mismos reciben pago de acuerdo a las tarifas establecidas de licitación competitiva para laboratorios de la Parte B, para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios ESRD residentes en un área considerada CBA. Durante el período de la demostración (1 de abril de 2007 hasta el 31 de marzo de 2010, inclusive), aquellos “laboratorios pasivos ESRD” que amplíen sus servicios para atender a beneficiarios que no son ESRD y que residen en un área considerada CBA, serán eliminados del proyecto de licitación competitiva.

### Ganadores

Tanto los licitadores “requeridos” como los “pasivos” que licitan y ganan recibirán pago basado en la tarifa fija de la demostración de licitación competitiva para laboratorios por concepto de pruebas de laboratorio de demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBA (sin importar dónde esté localizado el laboratorio). Estos laboratorios serán considerados “ganadores”.

### No Ganadores

Los licitadores “requeridos” y los “pasivos” que liciten y no ganen, no recibirán pago alguno por parte de Medicare (ni bajo la tarifa fija de laboratorios clínicos bajo la Parte B ni bajo el precio de licitación competitiva) para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios residentes en áreas consideradas CBA (sin

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los “Transmittals” R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

-- **Laboratories or laboratory firms providing clinical laboratory services exclusively to beneficiaries with end stage renal disease (ESRD) residing in the CBA will not be required to bid in the demonstration. These laboratories are considered “passive-ESRD” laboratories.** *Passive-ESRD laboratories will be paid the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule for Part B demonstration tests provided to ESRD beneficiaries residing in the CBA. During the demonstration period (April 1, 2007 through March 31, 2010, inclusive), passive-ESRD laboratories that expand their business to provide clinical laboratory services to non-ESRD beneficiaries residing in the CBA will be terminated from the competitive bidding demonstration.*

### Winners

*Both required and non-required bidders that bid and win will be paid the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located). These laboratories will be labeled “winners.”*

### Non-Winners

*Both required and non-required bidders that bid and do not win will not be paid anything by Medicare (neither under the Part B clinical laboratory fee schedule nor under the competitively bid price) for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the*

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

importar dónde está ubicado el laboratorio clínico) durante la vigencia de la demostración. Estos laboratorios serán identificados como “no ganadores”.

De igual manera, los licitadores “requeridos” que no participen de la subasta no recibirán pago alguno de Medicare para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios que residen en áreas consideradas CBA (sin importar dónde está ubicado el laboratorio clínico) durante la vigencia de la demostración.

Los “no ganadores” que prestan servicios de pruebas de demostración a beneficiarios de Medicare que residen en áreas consideradas CBA durante la demostración no tendrán derechos de apelación cuando Medicare deniegue el pago por dichas pruebas. Más aún, los laboratorios “no ganadores” no podrán facturar dichos costos de laboratorio bajo la Parte B directamente al beneficiario.

### **Pruebas de Laboratorio Cubiertas bajo el Proyecto de Demostración**

Sólo el laboratorio que realiza la prueba puede facturar por dicho servicio, y sólo los laboratorios “ganadores” o “pasivos” serán elegibles para recibir pago bajo las tarifas fijas de pago para proyectos de demostración de licitación competitiva para laboratorios por servicios cubiertos bajo el proyecto de demostración.

A pesar de que los laboratorios “no ganadores” no podrán facturar a Medicare ni al beneficiario por ninguno de los servicios cubiertos bajo el proyecto de demostración, esos laboratorios pueden referir dichos servicios a un “laboratorio ganador” o a un “laboratorio pasivo”.

Para todas las demás pruebas (ejemplo, pruebas no cubiertas bajo el proyecto de demostración o pruebas a beneficiarios no residentes en las áreas de servicio bajo el

---

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los “Transmittals” R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

CBA) (regardless of where the laboratory firm is located) for the duration of the demonstration. These laboratories will be labeled “non-winners.”

Similarly, required bidders that do not bid will not be paid anything by Medicare for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs (regardless of where the laboratory firm is located) for the duration of the demonstration.

Non-winner laboratories that furnish a demonstration test to a Medicare beneficiary residing in the CBA during the demonstration have no appeal rights when Medicare payment for the test is denied. Moreover, non-winner laboratories may not charge the beneficiary for Part B laboratory services.

### **Demonstration-Covered Laboratory Tests**

Only the laboratory that performs the test may bill for the service and only winning or passive laboratories are eligible to receive the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule payment for services covered under the demonstration.

Although non-winner laboratories may not bill either Medicare or the beneficiary for any demonstration-covered services, such laboratories may refer such services to a winner laboratory or a passive laboratory.

For all other tests (i.e., those not covered under the demonstration or for tests for beneficiaries not residing in the service area),

---

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page



## Laboratorio

proyecto), todos los laboratorios recibirán pago de acuerdo a las tarifas fijas para laboratorios clínicos y de acuerdo a las políticas de pago de Medicare.

### Localidades de Demostración

Existen dos (2) localidades de demostración y cada una opera por un período de tres años, con una fecha de comienzo escalonada de un año. La demostración utiliza estadísticas obtenidas de las Áreas Estadísticas Metropolitanas (*Metropolitan Statistical Areas*, [MSAs, por sus siglas en inglés]) para definir los CBAs.

El estatus de residencia de los beneficiarios se determinará por medio de la información disponible en los sistemas de Medicare a la fecha en que la reclamación se procesa. El lugar de residencia del beneficiario que recibe los servicios debe estar en el mismo CBA que se determinó en la evaluación del código postal de la residencia del beneficiario.

CMS proveerá a los contratistas una lista de códigos postales incluidos en cada MSA, la cual se utilizará para determinar si el lugar de residencia del beneficiario está incluido en alguno de los CBAs.

La demostración establecerá tarifas (licitadas competitivamente) en las áreas de demostración para todas las pruebas pagadas bajo las tarifas fijas de Laboratorios Clínicos de la Parte B de Medicare, con excepción de pruebas de cernimiento de cáncer cervical (“pap smears”), de cáncer colorectal y de nuevas pruebas añadidas a las tarifas fijas para Laboratorios Clínicos de la Parte B de Medicare durante la vigencia de la demostración.

Las tarifas de demostración se establecerán para cada servicio pagadero bajo la demostración en cada uno de los CBAs.

---

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los “Transmittals” R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*all laboratories will be paid according to the clinical laboratory fee schedule and in accordance with Medicare payment policies.*

### Demonstration Sites

*There are two demonstration sites and each site runs for three years with a staggered start of one year. The demonstration uses Metropolitan Statistical Areas (MSAs) to define the CBAs.*

*The residence status of beneficiaries will be determined by information in the Medicare system as of the date the claim is processed. The residence of the beneficiary receiving services must be in the same CBA as determined by review of a beneficiary’s zip code of residence.*

*CMS will provide the contractors with a list of zip codes included in each MSA, which will be used to determine whether a beneficiary’s residence is included in one of the CBAs.*

*The demonstration will set (competitively bid) fees in the demonstration areas for all tests paid under the Medicare Part B clinical laboratory fee schedule, with the exception of pap smears, colorectal cancer screening tests, and new tests added to the Medicare Part B clinical laboratory fee schedule during the course of the demonstration.*

*Demonstration fees will be set for each service payable under the demonstration in each of the CBAs.*

---

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

Solamente se permitirá participar en la demostración a aquellos laboratorios con certificación CLIA.

### Implementación

El CR5359 se implementará en múltiples fases. Los requisitos especificados en esta instrucción son para la implementación del proyecto de demostración en el primer CBA (CBA1).

Durante el primer trimestre del año 2007, CMS proveerá a los Contratistas de la Parte B, FIs y Contratistas MAC A/B de Medicare un archivo nacional de tarifas basadas en códigos postales que identifican los códigos postales incluidos en el primer CBA. También, para ese mismo periodo de tiempo, CMS le proveerá a los Contratistas de la Parte B, a los FIs y a los Contratistas MAC A/B, una lista de laboratorios elegibles a participar en la primera demostración CBA (laboratorios "ganadores" y "pasivos"), y una lista de aquellos laboratorios no seleccionados para participar del CBA1.

Para los servicios cubiertos de la demostración de laboratorio en el CBA1 con fechas de servicio entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2010, Medicare pagará la tarifa fija de licitación competitiva de laboratorios por servicios de laboratorio bajo esa tarifa fija. Para servicios que no se encuentran en las tarifas de demostración, Medicare pagará a base de las tarifas de pago a laboratorios clínicos.

Reclamaciones sometidas por laboratorios no ganadores, con fecha de servicio entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2010 para beneficiarios de Medicare en el CBA1, se denegarán mediante:

-- Código de Razón 96 (cargos no cubiertos)

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los "Transmittals" R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*Only CLIA-certified laboratories will be allowed to participate in the demonstration.*

### Implementation

*CR5359 is being implemented in multiple phases. The requirements specified in this instruction are for the implementation of the demonstration in the first CBA (CBA1).*

*During the first quarter of 2007, CMS will provide Medicare carriers, FIs, and A/B MACs with a national zip code pricing file identifying the zip codes included in the first CBA. Also, in that same timeframe, CMS will provide to the carriers, FIs, and A/B MACs a list of the laboratories eligible to participate in the first CBA demonstration ("winners" and passive laboratories) and a list of those laboratories not selected to participate in CBA1.*

*For covered demonstration laboratory services in CBA1 with dates of service between April 1, 2007, and March 31, 2010, Medicare will pay the laboratory competitive bidding demonstration fee schedule amounts for laboratory services on that schedule. For services not on the demonstration schedule, Medicare will pay based on the clinical laboratory fee schedule.*

*Claims submitted by non-winner laboratories for dates of service of April 1, 2007, through March 31, 2010, for Medicare beneficiaries in CBA1 will be denied using:*

*-- Reason code 96 (non-covered charges);*

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

- Código de Comentario M114 (Este servicio se procesó de acuerdo a las reglas y guías del Proyecto de Licitación Competitiva de Laboratorios Clínicos de Medicare. Si usted desea más información sobre este proyecto, comuníquese con su contratista local.); y
- Código de Comentario N83 (No tiene derechos de apelación. Decisión administrativa basada en las estipulaciones de un proyecto de demostración.).

Haciendo uso de los mismos códigos de razón y comentario, Medicare rechazará cualquier reclamación de servicios de laboratorio que tenga fecha de servicio entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo del 2010, con un modificador "90", sometido por laboratorios para servicios cubiertos bajo el programa de demostración suministrados a beneficiarios residentes en un CBA, sin importar el estatus de participación del laboratorio que hace el referido.

Medicare pagará reclamaciones durante el periodo de demostración sometidas por laboratorios que no forman parte del programa de demostración para beneficiarios que residen en un CBA que reciben servicios fuera de dichas áreas (ejemplo: "snow birds") de acuerdo al programa de demostración de licitación competitiva para laboratorios clínico.

Los laboratorios no ganadores deben saber que las notificaciones ABNs (*Advance Beneficiary Notices*) y NEMBSs (*Notices of Beneficiary Exclusion from Medicare Benefits*) no deben utilizarse para transferir responsabilidad a los beneficiarios cuando los servicios prestados bajo un programa de demostración se prestan en un laboratorio no ganador.

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los "Transmittals" R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

- *Remark code M114 (This service was processed in accordance with rules and guidelines under the Medicare Clinical Laboratory Services Competitive Bidding Demonstration Project. If you would like more information regarding this project, you may contact your local contractor.); and*
- *Remark code N83 (No appeal rights. Administrative decision based on the provisions of a demonstration project.).*

*Using these same reason and remark codes, Medicare will reject any laboratory claims with a date of service between April 1, 2007, and March 31, 2010 with a modifier of "90" submitted by laboratories for demonstration-covered services provided to beneficiaries residing in the CBA, regardless of the referring laboratory's participation status.*

*Medicare will pay claims during the demonstration period submitted by non-demonstration laboratories for beneficiaries residing in the CBA who receive services outside of those areas (e.g., "snow birds") according to the laboratory competitive bidding demonstration.*

*Non-winning laboratories should know that Advance Beneficiary Notices (ABNs) and Notices of Beneficiary Exclusion from Medicare Benefits (NEMBs) are not to be used to transfer liability to beneficiaries when services under the demonstration are obtained at non-winner laboratories.*

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

Cont. on next page

## Laboratorio

Los servicios de demostración se pueden someter en la misma reclamación, junto a los servicios que no forman parte de un programa de demostración.

Se publicará una Petición de Cambio (CR) con los requisitos para implementar la demostración en el segundo CBA (CBA2).

Los contratistas de Medicare estarán preparados para comenzar el procesamiento de reclamaciones bajo la demostración de licitación competitiva de laboratorios clínicos en el primer CBA el 1 de abril de 2007. La fecha tentativa de comienzo para la demostración en el segundo CBA es el 1 de abril de 2008.

Recuerde que los licitadores requeridos y los no requeridos que licitan y pierden no recibirán pago bajo las tarifas fijas de la Parte B para laboratorios clínicos, y no tendrán derechos de apelación para pruebas de demostración suministradas a beneficiarios residentes en CBAs, sin importar la localización del laboratorio clínico.

### Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 2 de abril de 2007.

### Información Adicional

La instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista de la Parte B, FI o Contratista MAC A/B sobre este cambio está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R50DEMO.pdf>.

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

1. Observe, por favor, que el diseño de demostración descrito en los "Transmittals" R49DEMO y R50DEMO, los cuales brindan instrucciones a los Contratistas de Medicare sobre la implementación de un proyecto de demostración de licitación competitiva de CMS para Laboratorios Clínicos, es un modelo propuesto y no ha recibido aprobación final de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).

## Laboratory

*Line items for demonstration services and for non-demonstration services may be submitted on the same claim.*

*A subsequent CR will be issued with requirements to implement the demonstration in the second CBA (CBA2).*

*Medicare contractors will be prepared to begin processing claims under the laboratory competitive bidding demonstration in the first CBA on April 1, 2007. The tentative start date for the demonstration in the second CBA is April 1, 2008.*

*Remember that required and non-required bidders that bid and lose will be paid nothing under the Part B clinical laboratory fee schedule and will have no appeal rights for demonstration tests provided to beneficiaries residing in the CBAs, regardless of the location of the laboratory itself.*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is April 2, 2007.*

### Additional Information

*The official instructions issued to your Medicare carrier, FI, or A/B MAC regarding this change can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R50DEMO.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5359 / Trans R50DEMO / CR5359 / 11-01-06 / mlv rrc

1. Please note that the demonstration design described in Transmittals R49DEMO and R50DEMO, which provide instructions to Medicare contractors for the implementation of a CMS laboratory competitive bidding demonstration, is a proposed design and has not yet received final approval from the Office of Management and Budget.

## Laboratorio

### ACTUALIZACIÓN ANUAL DE 2007 DE LAS TARIFAS FIJAS DE LABORATORIO CLÍNICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO SUJETOS A PAGO POR CARGOS RAZONABLES

#### Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos que le facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo y la Petición de Cambio (CR) 5362 relacionada, contienen información importante sobre:

- Actualización Anual de 2007 a las tarifas fijas de Laboratorios Clínicos
- Relacionar de nuevos códigos de pruebas de laboratorio con los códigos anteriores, y
- Costos de laboratorio relacionados a servicios sujetos al pago por la metodología de cargos razonables.

Es importante que los laboratorios afectados entiendan estos cambios para asegurar que Medicare efectúe pagos correctos y precisos.

#### Puntos Clave

##### Actualización de Tarifas

De acuerdo con la sección 1833(h)(2)(A)(i) de la Ley de Seguro Social, según enmendada por la Sección 628 del *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA)* de 2003, la actualización anual de las tarifas locales de laboratorios clínicos para el año 2007 es el 0 por ciento.

La Sección 1833(a)(1)(D) de la Ley establece que el pago de pruebas de laboratorio clínico es el menor del cargo real facturado por la prueba, la tarifa local o la Cantidad de Limitación Nacional (NLA por sus siglas en inglés).

## Laboratory

### 2007 ANNUAL UPDATE FOR CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND LABORATORY SERVICES SUBJECT TO REASONABLE CHARGE PAYMENT

#### Provider Types Affected

*Clinical laboratories billing Medicare carriers, intermediaries, or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)*

#### Provider Action Needed

*This article and related CR5362 contain important information regarding:*

- *The 2007 annual updates to the clinical laboratory fee schedule*
- *Mapping for new codes for clinical laboratory tests, and*
- *Laboratory costs related to services subject to reasonable charge payments.*

*It is important that affected laboratories understand these changes to ensure correct and accurate payments from Medicare.*

#### Key Points

##### Update to Fees

*In accordance with §1833(h)(2)(A)(i) of the Social Security Act (the Act), as amended by Section 628 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) of 2003, the annual update to the local clinical laboratory fees for 2007 is zero (0) percent.*

*Section 1833(a)(1)(D) of the Act provides that payment for a clinical laboratory test is the lesser of the actual charge billed for the test, the local fee, or the National Limitation Amount (NLA).*

Cont. on next page

## Laboratorio

El deducible de la Parte B y el co-aseguro no aplican a servicios pagaderos bajo la tarifa fija de laboratorios clínicos.

### Cantidades de Pagos Mínimos Nacionales

Para una prueba de cáncer cervical o vaginal (*pap smear*), la sección 1833(h)(7) de la Ley requiere que el pago sea la cantidad menor de la tarifa local o el NLA, pero que no sea menor que una cantidad mínima de pago nacional. Además, el pago no puede exceder el cargo real.

La cantidad del pago mínimo nacional para el año 2007 es \$14.76 (\$14.76 más cero por ciento de actualización para el 2007). Los códigos afectados para la cantidad de pago mínimo nacional incluyen los siguientes códigos CPT:

88142	88143	88147	88148	88150	88152	88153
88154	88164	88165	88166	88167	88174	88175
G0123	G0143	G0144	G0145	G0147	G0148	P3000

### Cantidades de Limitación Anual (Máximo)

Para pruebas cuyas Cantidades de Limitación Anual (NLAs) se establecieron antes del 1 de enero de 2001, el NLA es el 74% de la mediana de las tarifas locales. Para pruebas cuyas NLAs se establecieron originalmente a partir del 1 de enero de 2001, el NLA es 100% de la mediana de las tarifas locales, de acuerdo con la sección 1833(h)(4)(B)(viii) de la Ley.

### Acceso a las Tarifas Fijas de 2007 para Laboratorios Clínicos

El archivo de datos que contiene las tarifas fijas para Laboratorios Clínicos de 2007 estará disponible en la Internet a partir del 20 de noviembre de 2006 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/ClinicalLabFeeSched>.

Las agencias estatales de Medicare, el Indian Health Service, la United Mine Workers, Beneficiarios de la Junta de Retiro Ferroviario, y otras partes interesadas deberán utilizar el Internet para obtener el archivo de tarifas fijas para laboratorios clínicos del 2007. Las tarifas fijas estarán disponibles en varios formatos: MS Excel™, texto y "comma delimited".

## Laboratory

*The Part B deductible and coinsurance do not apply for services paid under the clinical laboratory fee schedule.*

### National Minimum Payment Amounts

*For a cervical or vaginal smear test (pap smear), §1833(h)(7) of the Act requires payment to be the lesser of the local fee or the NLA, but not less than a national minimum payment amount. Also, payment may not exceed the actual charge.*

*The 2007 national minimum payment amount is \$14.76 (\$14.76 plus zero percent update for 2007). The affected codes for the national minimum payment amount include the following Current Procedure Terminology (CPT) codes:*

88142	88143	88147	88148	88150	88152	88153
88154	88164	88165	88166	88167	88174	88175
G0123	G0143	G0144	G0145	G0147	G0148	P3000

### National Limitation Amounts (Maximum)

*For tests for which NLAs were established before January 1, 2001, the NLA is 74 percent of the median of the local fees. For tests for which NLAs are first established on or after January 1, 2001, the NLA is 100 percent of the median of the local fees in accordance with §1833(h)(4)(B)(viii) of the Act.*

### Access to 2007 Clinical Laboratory Fee Schedule

*Internet access to the 2007 clinical laboratory fee schedule data file should be available after November 20, 2006, at <http://www.cms.hhs.gov/ClinicalLabFeeSched> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.*

*Medicaid State agencies, the Indian Health Service, the United Mine Workers, Railroad Retirement Board, and other interested parties should use the Internet to retrieve the 2007 clinical laboratory fee schedule. It will be available in multiple formats: Excel, text, and comma delimited.*

Cont. on next page

## Laboratorio

### Comentarios Públicos

El 17 de julio de 2006, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) sirvieron de anfitriones en una reunión pública para solicitar comentarios respecto a la relación de pago entre los códigos de 2006 y los nuevos códigos CPT del 2007. El anuncio para esta reunión se publicó en el **Federal Register** el 26 de mayo de 2006 y en el sitio Web de CMS el 19 de junio de 2006.

Se recibieron recomendaciones de muchos de los participantes, incluyendo individuos que representaban laboratorios, fabricantes y sociedades médicas. CMS publicó un resumen de esta reunión y de las determinaciones tentativas de pago en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/ClinicalLabFeeSched>. Se aceptaron comentarios adicionales del público, por escrito, hasta el 26 de septiembre de 2006.

### Información de Pago Adicional

Las tarifas fijas del 2006 para laboratorios incluyen tarifas que se pueden pagar por separado para ciertos métodos de recolección de especímenes (códigos 36415, P9612 y P9615).

Para fechas de servicios a partir del 1 de enero de 2007 hasta diciembre del 2007, la tarifa para el código de viaje de laboratorios clínicos, P9603, es \$0.935 por milla, y para el código P9604 es \$9.35 basado en una tarifa fija por viaje. Los códigos de viaje de laboratorios clínicos se pueden facturar solamente cuando el viaje se realiza para llevar a cabo la recolección de especímenes en un hogar de envejecientes o a pacientes confinados al hogar. El Departamento del Tesoro del Gobierno Federal aumentó la tarifa estándar de millaje para gastos de transportación a 48.5 centavos por milla y este aumento se incorporó a las tarifas de códigos de viaje P9603 y P9604.

Las tarifas fijas para laboratorios del 2007 también incluyen códigos con un modificador "QW" que sirve tanto para identificar los códigos como para determinar los pagos de pruebas realizadas por un laboratorio registrado solamente con un certificado de dispensa bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA).

## Laboratory

### Public Comments

*On July 17, 2006, CMS hosted a public meeting to solicit input on the payment relationship between 2006 codes and new 2007 Current Procedural Terminology codes. Notice of the meeting was published in the **Federal Register** on May 26, 2006 and on the CMS Web site on June 19, 2006.*

*Recommendations were received from many attendees, including individuals representing laboratories, manufacturers, and medical societies. CMS posted a summary of the meeting and the tentative payment determinations on the Web site <http://www.cms.hhs.gov/ClinicalLabFeeSched>. Additional written comments from the public were accepted until September 26, 2006.*

### Additional Pricing Information

*The 2006 laboratory fee schedule includes separately payable fees for certain specimen collection methods (codes 36415, P9612, and P9615).*

*For dates of service January 1, 2007 through December 2007, the fee for clinical laboratory travel code P9603 is \$0.935 per mile and for code P9604 is \$9.35 per flat rate trip basis. The clinical laboratory travel codes are billable only for traveling to perform a specimen collection for either a nursing home or homebound patient. The standard mileage rate for transportation costs was increased by the Federal Government's Treasury Department to 48.5 cents a mile and this amount is incorporated into the fees for travel codes P9603 and P9604.*

*The 2007 laboratory fee schedule also includes codes that have a 'QW' modifier to both identify codes and determine payment for tests performed by a laboratory registered with only a certificate of waiver under the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).*

Cont. on next page

## Laboratorio

Basado en comentarios y en data sometida, las tarifas para los códigos 83037 y 83037QW se fijaron mediante la correlación al código 82985.

### **Paneles de Códigos Relacionados con Órganos y Enfermedades**

Igual que en años anteriores, Medicare estableció las cantidades pago del 2006 para ciertos códigos de paneles de órganos o enfermedades y códigos para pruebas evocativas o de supresión (“evocative/suppression”) sumando la cantidad menor entre la tarifa fija y el NLA para cada código de prueba que se incluye en el código de panel.

### **Información de Relación de Pago**

CMS recomienda lo siguiente:

- Que el código nuevo 80178QW tenga la misma tarifa que el código 80178.
- Que el código nuevo 82107 tenga la misma tarifa que el código 83950.
- Que el código nuevo 83698 tenga la misma tarifa que el código 83880.
- Que el código nuevo 83913 tenga la misma tarifa que el código 83907.
- Que el nuevo código 84443QW tenga la misma tarifa que el código 84443.
- Que el nuevo código 86788 tenga la misma tarifa que el código 86645.
- Que el nuevo código 86789 tenga la misma tarifa que el código 86644.
- Que el nuevo código 86901 tenga la misma tarifa que el código 86900.
- Que el nuevo código 87305 tenga la misma tarifa que el código 87327.
- Que el nuevo código 87498 tenga la misma tarifa que el código 87496.
- Que el nuevo código 87640 tenga la misma tarifa que el código 87651.
- Que el nuevo código 87641 tenga la misma tarifa que el código 87651.
- Que el nuevo código 87653 tenga la misma tarifa que el código 87651.
- Que el nuevo código 87808 tenga la misma tarifa que el código 87802.
- Que el nuevo código 87808QW tenga la misma tarifa que el código 87808.
- Que el nuevo código G0394 tenga la misma tarifa que el código 82270.

## Laboratory

*Based on comments and data submitted, codes 83037 and 83037QW are priced by crosswalking to code 82985.*

### **Organ or Disease Oriented Panel Codes**

*Similar to prior years, the 2006 pricing amounts for certain organ or disease panel codes and evocative/suppression test codes were determined by Medicare by summing the lower of the fee schedule amount or the NLA for each individual test code included in the panel code.*

### **Mapping Information**

*CMS advises the following:*

- *New code 80178QW is priced at the same rate as code 80178.*
- *New code 82107 is priced at the same rate as code 83950.*
- *New code 83698 is priced at the same rate as code 83880.*
- *New code 83913 is priced at the same rate as code 83907.*
- *New code 84443QW is priced at the same rate as code 84443.*
- *New code 86788 is priced at the same rate as code 86645.*
- *New code 86789 is priced at the same rate as code 86644.*
- *New code 86901 is priced at the same rate as code 86900.*
- *New code 87305 is priced at the same rate as code 87327.*
- *New code 87498 is priced at the same rate as code 87496.*
- *New code 87640 is priced at the same rate as code 87651.*
- *New code 87641 is priced at the same rate as code 87651.*
- *New code 87653 is priced at the same rate as code 87651.*
- *New code 87808 is priced at the same rate as code 87802.*
- *New code 87808QW is priced at the same rate as code 87808.*
- *New code G0394 is priced at the same rate as code 82270.*

*Cont. on next page*



## Laboratorio

### Costos de Laboratorio Sujetos al Pago por Cargos Razonables en el 2006

Para pacientes ambulatorios, los siguientes códigos se pagan basados en cargos razonables. De acuerdo con la Sección 42 CFR 405.502 – 405.508, el cargo razonable no puede exceder el menor de los cargos reales, o el cargo acostumbrado o el prevaeciente durante el periodo previo de 12 meses que finaliza el 30 de junio, actualizado de acuerdo al índice de inflación. La actualización se calcula utilizando el cambio en el Índice de Precios del Consumidor para el periodo de 12 meses que termina el 30 de junio de cada año, según lo establece la Sección 1842(b)(3) de la Ley y el 42 CFR 405.509(b)(1). **La actualización del índice de inflación para el 2007 es 4.3%.**

Puede encontrar las instrucciones del Manual para determinar el pago de cargos razonables en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 23, Sección 80-80.8. Si no hay datos de cargos suficientes para un código, las instrucciones permiten considerar los cargos de servicios similares y listas de precios. El *Medicare Claims Processing Manual* está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>.

Cuando estos servicios se proveen a pacientes en instalaciones hospitalarias de diálisis, el Capítulo 8, Sección 60.3 del *Medicare Claims Processing Manual* establece que aplica el pago a base de **cargos razonable**. Sin embargo, cuando estos servicios se proveen a pacientes en instalaciones hospitalarias de diálisis, el pago se realiza a base de **costo razonable**. Además, cuando estos servicios se brindan a pacientes ambulatorios de hospital, el pago se realiza bajo el sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios de Hospital (OPPS por sus siglas en inglés).

#### Productos Sanguíneos

P9010	P9011	P9012	P9016	P9017	P9019	P9020
P9021	P9022	P9023	P9031	P9032	P9033	P9034
P9035	P9036	P9037	P9038	P9039	P9040	P9044
P9050	P9051	P9052	P9053	P9054	P9055	P9056
P9057	P9058	P9059	P9060			

## Laboratory

### Laboratory Costs Subject to Reasonable Charge Payment in 2006

*For outpatients, the following codes are paid under a reasonable charge basis. In accordance with 42 CFR 405.502 – 405.508, the reasonable charge may not exceed the lowest of the actual charge or the customary or prevailing charge for the previous 12-month period ending June 30, updated by the inflation-indexed update. The inflation-indexed update is calculated using the change in the applicable Consumer Price Index for the 12-month period ending June 30 of each year as prescribed by §1842(b)(3) of the Act and 42 CFR 405.509(b)(1). **The inflation-indexed update for year 2007 is 4.3 percent.***

*Manual instructions for determining the reasonable charge payment can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, §80-80.8. If there is insufficient charge data for a code, the instructions permit considering charges for other similar services and price lists. The Medicare Claims Processing Manual, is located at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS website.*

*When these services are performed for independent dialysis facility patients, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 8, §60.3 instructs the reasonable charge basis applies. However, when these services are performed for hospital based renal dialysis facility patients, payment is made on a reasonable cost basis. Also, when these services are performed for hospital outpatients, payment is made under the hospital outpatient prospective payment system (OPPS).*

#### Blood Products

Cont. on next page

## Laboratorio

Además, los siguientes códigos deben aplicarse al deducible de sangre, según las instrucciones en el *Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual*, Capítulo 3, Sección 20.5-20.54 (disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>).

P9010	P9011	P9016	P9021	P9022	P9038	P9039
P9040	P9051	P9054	P9056	P9057	P9058	

**NOTA:** Productos biológicos que no se pagan a base de costo o en un sistema de pago prospectivo se pagan basados en la Sección 1842(o) del Acta. Los límites de pago que se basan en la Sección 1842(o), incluyendo los límites de pago para los códigos P9041, P9043, P9045, P9046, P9047, y P9048, se pueden obtener de los Archivos de Precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare.

### Medicina de Transfusión

86850	86860	86870	86880	86885	86886	86890
86891	86900	86901	86903	86904	86905	86906
86920	86921	86922	86923	86927	86930	86931
86932	86945	86950	86960	86965	86970	86971
86972	86975	86976	86977	86978	86985	G0267

### Procedimientos de Medicina Reproductiva

89250	89251	89253	89254	89255	89257	89258
89259	89260	89261	89264	89268	89272	89280
89281	89290	89291	89335	89342	89343	89344
89346	89352	89353	89354	89356		

### Información Adicional

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

Si desea detalles completos sobre el CR5362, refiérase a la instrucción oficial enviada a su FI, Contratista de la Parte B o Contratista MAC A/B de Medicare. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1122CP.pdf>.

Las instrucciones para calcular cargos razonables se encuentran en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 23, Secciones 80-80.8, y están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

## Laboratory

Also, the following codes should be applied to the blood deductible, as instructed in the *Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual*, (also available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>) Chapter 3, Section 20.5-20.54:

**NOTE:** Biologic products not paid on a cost or prospective payment basis are paid based on §1842(o) of the Act. The payment limits based on section 1842(o), including the payment limits for codes P9041, P9043, P9045, P9046, P9047, and P9048, should be obtained from the Medicare Part B Drug Pricing Files.

### Transfusion Medicine

### Reproductive Medicine Procedures

### Additional Information

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

For complete details regarding CR5362, please see the official instruction issued to your Medicare FI, Carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1122CP.pdf> on the CMS web site.

Instructions for calculating reasonable charges are located in the *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04) Chapter 23, Sections 80-80.8 at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf> on the CMS web site.

Pub. MM5362 / Trans R1122CP / CR5362 / 12-08-06 / mlv rrc

## Laboratorio

### LABORATORIO INDEPENDIENTE FACTURANDO EL COMPONENTE TÉCNICO (TC) DE LOS SERVICIOS DE PATOLOGÍA MÉDICA

La sección 732 de la Ley de la Modernización de Medicare (MMA, según sus siglas en inglés) extendió la estipulación de la sección 542 del Benefits Improvement Act del 2000 (BIPA). Esta le permite a los laboratorios independientes que continúen facturando, bajo las tarifas fijas de Medicare para médicos, por el componente técnico (TC, según sus siglas en inglés) de los servicios de patología médica provistos a un paciente de un hospital cubierto por Medicare. En las tarifas fijas finales publicadas en el Federal Register el 2 de noviembre de 1999, CMS declaró que implementaría una política de pago para pagarle únicamente a los hospitales por el TC de servicios de patología médica prestados a pacientes de hospital. Este comunicado les imparte instrucciones a los contratistas de la Parte B a que lleven a cabo actividades de educación para notificarle a los laboratorios independientes que no deberán continuar facturando por estos servicios luego que expire la estipulación del MMA el 31 de diciembre de 2006.

Para detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o Contratista MAC A/B. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5210.pdf>.

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

## Laboratory

### INDEPENDENT LABORATORY BILLING FOR THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF PHYSICIAN PATHOLOGY SERVICES

*Section 732 of the Medicare Modernization Act (MMA) extended the provision of Section 542 of the Benefits Improvement Act of 2000 (BIPA) that allows independent laboratories to continue to bill under the physician fee schedule for the technical component (TC) of physician pathology services furnished to patients of a covered hospital. In the final physician fee schedule published in the Federal Register on November 2, 1999, CMS stated that it would implement a policy to pay only the hospital for the TC of physician pathology services furnished to hospital patients. This transmittal instructs the carriers to conduct provider education activities to notify independent laboratories that they may no longer bill for these services after the MMA provision expires on December 31, 2006.*

*For complete details regarding this CR, please see the official instruction issued to your Medicare FI, Carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5210.pdf> on the CMS web site.*

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

CR5210/Trans. 1046/MM5210 ab

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### ACTUALIZACIÓN DEL 2007 A LOS CÓDIGOS HCPCS Y PAGOS A CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASCS)

#### Proveedores Afectados

Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs, por sus siglas en inglés) que someten reclamaciones a los Contratistas e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de servicios ASC prestados a los beneficiarios de Medicare.

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5211, la cual actualiza los Códigos HCPCS del 2007 y las tarifas de pago a los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs), vigentes para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007.

#### Trasfondo

La Sección 5103 del *Deficit Reduction Act* de 2005 (DRA) limita los pagos a los ASCs a:

- La cantidad menor del Sistema de Pago Prospectivo Ambulatorio de Medicare (OPPS por sus siglas en inglés); o
- La cantidad del pago a los ASCs por servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007.

Además, la Sección §1833(i)(1) del Acta de Seguro Social requiere que la lista de procedimientos pagaderos a los ASCs se actualice al menos cada dos años.

El CR5211, del cual se deriva este artículo, implementa la actualización bienal al ASC, la cual incluye cambios hechos por la Asociación Médica Americana al *Common Procedural Terminology* (CPT) durante el año calendario (CY) 2007. Estos cambios incluyen el reemplazo de la designación del código de grupo de pago ASC de 2 dígitos, que se encuentra al lado de los códigos HCPCS aprobados por ASC, con una designación “yy” para esos códigos. La “yy” se definirá como sigue: “El procedimiento está aprobado para realizarse en un centro de cirugía ambulatorio”.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### 2007 UPDATE OF HCPCS CODES AND PAYMENTS FOR AMBULATORY SURGICAL CENTERS (ASCS)

#### Provider Types Affected

*Ambulatory surgical centers (ASCs) submitting claims to Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for ASC services provided to Medicare beneficiaries.*

*This article is based on Change Request (CR) 5211, which updates the 2007 HCPCS codes and ASC payment rates, effective for services furnished on or after January 1, 2007.*

#### Background

*Section 5103 of the Deficit Reduction Act of 2005 (DRA) limits ASC payments to:*

- *The lesser of the Medicare Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) payment amount; or*
- *The ASC payment amount for services furnished on or after January 1, 2007.*

*Also, §1833(i)(1) of the Social Security Act requires that the list of payable ASC procedures be updated as least every two years.*

*CR5211, from which this article is taken, implements the required biennial ASC update, which includes changes made by the American Medical Association for the CY2007 Common Procedural Terminology (CPT). These changes include replacing the ASC 2-digit payment group code designation next to the ASC-approved Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes with a “yy” designation for these codes, which will be defined as “the procedure is approved to be performed in an ambulatory surgical center.”*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

El CR5211 también revisa la manera en la cual los grupos de pago ASC están definidos. El número de grupos de pagos ASC que los Contratistas de la Parte B y los Intermediarios Fiscales (FIs) actualmente utilizan para identificar las cantidades de pagos de ASC para códigos HCPCS individuales se están expandiendo para poder acomodar las nuevas cantidades de pagos que serán asignadas a ciertos servicios ASC en el Año Calendario (CY) 2007 debido a los requisitos de DRA. Los grupos de pago ASC ahora se conocerán como “ASC PRICER Groups”.

Los grupos adicionales de pagos ASC PRICER reflejan cantidades de pago dirigidas por DRA, las cuales serán incluidas en los archivos ASC PRICER que los Contratistas de la Parte B y ciertos Intermediarios Fiscales (FIs) usan para procesar reclamaciones de instalaciones ASC.

Finalmente, el CR5211 provee instrucciones sobre la descarga de archivos de pagos que sus Contratistas y FIs usarán para acceder los archivos de pagos finales a partir de la fecha de descarga específica provista en la notificación de CMS.

Usted debe estar al tanto que las tarifas de pago ASC se establecen después de la publicación de la Reglamentación Final OPPS y que la actualización a los cambios en códigos será publicada como parte de la Reglamentación Final OPPS en el *Federal Register*. Esta publicación se hace usualmente a finales de octubre. Luego de la publicación, usted puede acceder esta regulación mediante el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/center/asc.asp>.

Además, observe que sus Contratistas de la Parte B y FIs continuarán usando los valores de índice de salarios contenidos en el *Transmittal* 51 del 4 de febrero de 2004, para calcular las cantidades de pagos para todos los códigos HCPCS tipos de servicio “F” hasta nuevo aviso. Este *Transmittal* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R51OTN.pdf>.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*CR5211 also revises the manner in which ASC payment groups are defined. The number of ASC payment groups that carriers and fiscal intermediaries (FI) currently use to identify ASC payment amounts for individual HCPCS codes is being expanded in order to accommodate the new payment amounts that will be assigned to certain ASC services in Calendar Year (CY) 2007 under the DRA requirement. The ASC payment groups will now be called ASC PRICER groups*

*The additional ASC PRICER groups reflect the DRA-driven payment amounts, which will be included in the ASC PRICER files that carriers, and certain FIs, use to process ASC facility claims.*

*And lastly, CR5211 includes payment file retrieval instructions that your carriers and FIs will use to access the final payment files on, or after, the specified retrieval date provided in CMS’s notification.*

*You should be aware that final ASC payment rates are established after publication of the OPPS final rule and the code change update will be published as part of the OPPS final rule in the Federal Register. This publication usually occurs in late October. Shortly after publication, you can reach this rule through a link at <http://www.cms.hhs.gov/center/asc.asp> on the CMS web site.*

*Also note that your carriers and FIs will continue to use the wage index values contained in Transmittal 51, dated February 4, 2004, to calculate payment amounts for all type of service F Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) codes until further notice. This transmittal is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R51OTN.pdf> on the CMS site.*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### Información Adicional

Para detalles completos, refiérase al CR5211, la instrucción oficial enviada a su Contratista/ Intermediario referente a este cambio, localizada en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1134CP.pdf>. Los cambios para el 2007 a los Códigos HCPCS y Pagos a Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs) están disponibles en el sitio web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/01\\_Overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/01_Overview.asp).

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

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### Additional Information

For complete details, please see CR 5211, the official instruction issued to your carrier/ intermediary regarding this change, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1134CP.pdf> on the CMS website. The "2007 ASC Approved HCPCS Codes and Payment Rates" Changes are available at [http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/01\\_Overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/01_Overview.asp) on the CMS site.

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

### TARIFAS DE PAGO ASC

#### ASC PAYMENT RATES

Grupo Group	Tarifa Fee	I 0.4289	II 0.4138	III 0.4184	IV 0.4184	V 0.4689	VI 0.4880	VII 0.4002
1	\$ 333.00	\$ 267.48	\$ 265.75	\$ 266.28	\$ 273.07	\$ 272.07	\$ 274.26	\$ 264.19
2	\$ 446.00	\$ 358.25	\$ 355.93	\$ 356.64	\$ 365.73	\$ 364.40	\$ 367.33	\$ 353.84
3	\$ 510.00	\$ 409.66	\$ 407.01	\$ 407.82	\$ 418.22	\$ 416.69	\$ 420.05	\$ 404.62
4	\$ 630.00	\$ 506.05	\$ 502.77	\$ 503.77	\$ 516.62	\$ 514.73	\$ 518.88	\$ 499.82
5	\$ 717.00	\$ 575.93	\$ 572.20	\$ 573.34	\$ 587.96	\$ 585.81	\$ 590.53	\$ 568.80
6	\$ 826.00	\$ 693.00	\$ 689.48	\$ 690.56	\$ 704.34	\$ 702.32	\$ 706.76	\$ 686.32
7	\$ 995.00	\$ 799.24	\$ 794.06	\$ 795.64	\$ 815.93	\$ 812.95	\$ 819.50	\$ 789.40
8	\$ 973.00	\$ 811.08	\$ 806.80	\$ 808.10	\$ 824.89	\$ 822.42	\$ 827.84	\$ 802.94
9	\$ 1,339.00	\$ 1,075.56	\$ 1,068.59	\$ 1,070.72	\$ 1,098.02	\$ 1,094.01	\$ 1,102.82	\$ 1,062.32

#### Áreas Urbanas / Urban Areas

I. Aguadilla	Aguada	Aguadilla	Moca			
II. Arecibo	Arecibo	Camuy	Hatillo			
III. Caguas	Caguas	Cayey	Cidra	Gurabo	San Lorenzo	
IV. Mayaguez	Añasco	Cabo Rojo	Hormigueros	Mayaguez	Sabana Grande	San Germán
V. Ponce	Guayanilla	Juana Díaz	Peñuelas	Ponce	Villalba	Yauco
VI. San Juan/Bayamón	Aguas Buenas	Barcloneta	Bayamón	Canóvanas	Carolina	Cataño
	Ceiba	Comerío	Corozal	Dorado	Fajardo	Florida
	Guaynabo	Humacao	Juncos	Las Piedras	Loíza	Luquillo
	Manatí	Morovis	Naguabo	Naranjito	Río Grande	San Juan
	Toa Alta	Toa Baja	Trujillo Alto	Vega Alta	Vega Baja	Yabucoa
VII. Rurales/Rurals						

Pub. MM5211 / Trans R1013CP / CR5211 / 07-28-06 / mlv rrc

## Ambulancia

### JURISDICCIÓN DEL CONTRATISTA PARA RECLAMACIONES DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

#### Proveedores Afectados

Suplidores de servicio de ambulancia que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente para reclamaciones procesadas a partir del 1 de enero de 2008, una reclamación por concepto de servicios de ambulancia prestados por un suplidor debe someterse al Contratista de la Parte B o al Contratista A/B MAC que tiene la jurisdicción del “punto de recogido” (“Point of Pickup” o POP por sus siglas en inglés).

#### Lo Que Necesita Saber

A partir del 1 de abril de 2007, cada contratista de la Parte B comenzará a procesar solicitudes de los suplidores de servicio de ambulancia que están prestando servicio en su jurisdicción. En el caso de reclamaciones con fecha a partir del 1 de enero de 2008, los contratistas devolverán las reclamaciones como “no procesables” en casos de transportación terrestre o aérea cuando el POP no está dentro de su jurisdicción.

#### Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina tiene conocimiento de la manera correcta de someter reclamaciones a los Contratistas de la Parte B o Contratistas A/B MAC que tienen jurisdicción del POP para asegurar que el pago sea correcto y que se procese prontamente.

#### Trasfondo

La regla de Medicare sobre facturación por jurisdicción de servicios de ambulancia ha sido que el proveedor de servicios de ambulancia debe someter la factura al Contratista de la Parte B o al Contratista A/B MAC con jurisdicción del área

## Ambulance

### CARRIER JURISDICTION FOR AMBULANCE SUPPLIER CLAIMS

#### Provider Types Affected

*Ambulance suppliers who submit claims to Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for ambulance services furnished to Medicare beneficiaries*

#### Provider Action Needed

*Effective for claims processed January 1, 2008 and later, a claim for an ambulance service furnished by a supplier must be filed with the carrier or A/B MAC having jurisdiction for the “point of pickup” (POP).*

#### What You Need to Know

*Effective April 1, 2007, each carrier will begin processing applications from ambulance suppliers that are rendering services in their jurisdiction. For claims with dates of service January 1, 2008 and later, carriers will return claims as unprocessable any claim for a ground or air ambulance service where the POP is not within its jurisdiction.*

#### What You Need to Do

*Be sure your staff knows to file Medicare claims with the carrier or A/B MAC having jurisdiction for the POP to assure prompt and accurate payment.*

#### Background

*The Medicare claims filing jurisdiction rule for ambulance services has been that an ambulance must file the claim with the carrier or A/B MAC having jurisdiction for where the service was furnished. When the ambulance*

Cont. on next page

## Ambulancia

donde se prestó el servicio. Cuando los cambios a las políticas y sistemas de tarifas fijas a ambulancias estaban en desarrollo, muchos contratistas interpretaron esta regla como que la reclamación debía someterse al Contratista o Contratista A/B MAC con jurisdicción en el área donde se almacenan los vehículos (ambulancias).

Cuando se implementó el sistema de tarifas fijas para servicios de ambulancia, el 1 de enero de 2000, CMS determinó que esta interpretación “de facto” de la regla sobre jurisdicción para someter reclamaciones no sería cambiada durante el período de transición al sistema de tarifas fijas, el cual se completó el 1 de enero de 2006. (Refiérase al *Program Memorandum (PM) AB-00-88*, Petición de Cambio (CR) 1281, del 18 de septiembre de 2000, el cual se publicó nuevamente como el PM AB-01-185, el 14 de diciembre de 2001. EICR1281 está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/AB01185.pdf>.)

Actualmente, los servicios de ambulancia se pagan bajo el sistema de tarifas fijas, basado en la localidad desde donde el beneficiario es transportado, esto es, el “POP” o “Punto de Recogido”. Debido a que la base para el pago bajo el sistema de tarifa fija se basa en el POP, es razonable que la regla sobre la jurisdicción de reclamaciones también se base en el POP.

Cambiar la jurisdicción para someter reclamaciones al POP asegurará la congruencia jurisdiccional entre las políticas de pago y presentación de reclamaciones. También asegurará que el suplidor de servicios de ambulancia cumple con los requisitos locales y estatales donde se prestó el servicio, que fue la intención original de la regla sobre jurisdicción para someter reclamaciones. Este cambio habrá de:

- Proveer concordancia a los procedimientos administrativos con respecto a los estándares regulatorios establecidos en el 42 C.F.R. § 410.41;
- Evitar que la práctica administrativa Federal debilite los estándares regulatorios a nivel estatal y local; y

## Ambulance

*fee schedule policies and systems changes were being developed, most carriers interpreted this rule to mean that a claim for an ambulance service must be filed with the carrier or A/B MAC having jurisdiction for the area where the vehicle is garaged or hangered.*

*When the ambulance fee schedule was implemented beginning January 1, 2000, CMS determined that this de facto interpretation of the claims filing jurisdiction rule would not be changed during the fee schedule transition period which was completed on January 1, 2006. (See Program Memorandum (PM) AB-00-88, Change Request (CR) 1281, dated September 18, 2000 which was re-issued as PM AB-01-185 dated December 14, 2001. CR1281 can be found at the following link <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/AB01185.pdf> on the CMS web site.)*

*Currently all ambulance services are paid under the fee schedule which is based on the location from which the beneficiary is transported, i.e., the “point of pickup” (POP). Because the basis for payment under the fee schedule is based on the POP, it is reasonable for the claims filing jurisdiction rule to also be based on the POP.*

*Changing the claims filing jurisdiction to the POP will ensure jurisdictional congruence between the policies for payment and claims filing. It will additionally ensure that the ambulance supplier meets the State and local requirements where the service was furnished, which was the original intent of the claim filing jurisdiction rule. This change will:*

- *Bring administrative practice into congruence with the longstanding regulatory standards at 42 C.F.R. § 410.41;*
- *Avoid having Federal administrative practice undercut appropriate State and local regulatory standards; and*

Cont. on next page



## Ambulancia

- Promover niveles de servicio apropiados para todos los beneficiarios de Medicare.

Para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, las reclamaciones por concepto de servicio de transportación en ambulancia terrestre o aérea para un POP no prestado en la jurisdicción del Contratista (o Contratista A/B MAC) será devuelta al suplidor como “no procesable”, acompañada del siguiente mensaje:

- “N104 Esta reclamación/servicio no es pagadera bajo nuestra jurisdicción. Usted puede identificar al Contratista de Medicare que podrá procesar su reclamación/servicio a través del sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov>.”

Los Contratistas y Contratistas A/B MAC no aplicarán esta regla en los siguientes casos:

- Reclamaciones de servicio de ambulancia sometidos a contratistas que procesan reclamaciones del “Indian Health Service”, o
- Cualquier reclamación futura de demostración de servicios de ambulancia, a menos que CMS indique que esta política sí aplica.

Como consecuencia del cambio en la regla final de someter reclamaciones de acuerdo al POP, los suplidores de servicio de ambulancia (incluyendo a aquellos que operan en múltiples estados) **deben estar suscritos en cada jurisdicción donde prestan servicio** a los beneficiarios de Medicare. Este es el caso, aún cuando el suplidor no guarda sus vehículos en cada estado donde opera (según lo requiere el 42 C.F.R. § 410.41, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/downloads/cfr410\\_41.pdf](http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/downloads/cfr410_41.pdf)).

**NOTA:** TAN PRONTO COMO EL 1 DE ABRIL DE 2007, CADA CONTRATISTA DE LA PARTE B O CONTRATISTA A/B MAC COMENZARÁ A PROCESAR SOLICITUDES DE SUPLIDORES DE SERVICIO DE AMBULANCIA QUE PRESTAN SERVICIO EN SUS RESPECTIVAS JURISDICCIONES.

## Ambulance

- *Promote an appropriate level of service for all Medicare beneficiaries.*

*For dates of service of January 1, 2008, or later, ground and air ambulance supplier claims for a point of pick-up not rendered in the carrier’s (or A/B MAC’s) jurisdiction will be returned to the supplier as “unprocessable”, accompanied by the following remittance advice message:*

- *“N104 This claim/service is not payable under our claims jurisdiction area. You can identify the Medicare contractor to process this claim/service through the CMS website at <http://www.cms.hhs.gov>.”*

*Carriers and A/B MACs will not apply this rule to:*

- *Ambulance claims submitted to the carrier that processes Indian Health Service ambulance claims, or*
- *Any future ambulance demonstration claims unless CMS so directs that this policy applies.*

*As a consequence of changing the claims filing rule to the POP, ambulance suppliers (including those who operate in multiple States) **must be enrolled with the carrier in each jurisdiction** where they furnish services to Medicare beneficiaries. This is the case even if that supplier does not garage or hanger its vehicles in each State in which the supplier operates (Required by 42 C.F.R. § 410.41 located at [http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/downloads/cfr410\\_41.pdf](http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/downloads/cfr410_41.pdf) on the Centers for Medicare & Medicaid (CMS) web site).*

**NOTE:** AS EARLY AS APRIL 1, 2007, EACH CARRIER OR A/B WILL BEGIN PROCESSING APPLICATIONS FROM AMBULANCE SUPPLIERS THAT ARE RENDERING SERVICES IN THEIR JURISDICTION.

Cont. on next page

## Ambulancia

**Excepción:** Cuando el POP es una localidad fuera del territorio de los Estados Unidos, la reclamación para un servicio de ambulancia prestado por un suplidor debe someterse de acuerdo a las instrucciones en el Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4 (Capítulo 1 § 10.1.4.1. La jurisdicción del Contratista se define en la Pub. 100-04, Capítulo 1 § 10.1.4.2. Estas instrucciones están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf>.

### Información Adicional

El CR5203 es la instrucción oficial emitida por Medicare a su Contratista de la Parte B o al Contratista A/B MAC sobre los cambios aquí mencionados. Usted puede encontrar el CR5203 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1100CP.pdf>.

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

## Ambulance

**Exception:** Where the POP is outside the United States, the claim for an ambulance service furnished by a supplier must be filed in accordance with the instructions in Publication 100-4, The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 1 § 10.1.4.1. Carrier jurisdiction is defined in Publication 100-04, Chapter 1 § 10.1.4.2. These instructions can be found at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf> on the CMS web site.

### Additional Information

CR5203 is the official instruction issued to your Medicare carrier or A/B MAC regarding changes mentioned in this article. CR 5203 may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1100CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM5203 / Trans R1100CP / CR5203 / 11-03-06 / mlv rrc

## FACTOR DE INFLACIÓN PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA DEL AÑO CALENDARIO 2007

### Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores de servicios de ambulancia que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por esos servicios.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo es informativo. El mismo brinda información sobre el Factor de Inflación de Servicios de Ambulancia ("AIF" por sus siglas en inglés) correspondiente al Año Calendario 2007. El AIF para el Año Calendario 2007 es de 4.3%.

### Trasfondo

La Sección 1834(l)(3)(B) del Acta de Seguro Social (SSA) provee la base para la actualización de los límites de pago que los Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus

## AMBULANCE INFLATION FACTOR FOR CY 2007

### Provider Types Affected

Providers and suppliers of ambulance services billing Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for those services.

### Provider Action Needed

This article is for your information only. It provides the Ambulance Inflation Factor (AIF) for Calendar Year (CY) 2007. The AIF for CY 2007 is 4.3%.

### Background

Section 1834(l)(3)(B) of the Social Security Act (SSA) provides the basis for updating the payment limits that carriers, FIs, and A/B MACs use to determine how much to pay you for the

Cont. on next page

## Ambulancia

siglas en inglés) y los Contratistas Administrativos A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés) utilizarán para determinar cuánto se le pagará a usted por reclamaciones sometidas de servicios de ambulancia. La tarifa fija nacional para servicios de ambulancia se ha implementado por fases comenzando el 1 de abril de 2002. El AIF actualiza los pagos anualmente y es igual al incremento del por ciento del índice del precio del consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U, por sus siglas en inglés) para el periodo de 12 meses que termina en junio del año previo.

El AIF para el año calendario 2007 será de 4.3%. La siguiente tabla despliega el AIF del 2007 y de los 4 años anteriores.

<b>Ambulance Inflation Factor by CY</b>	
2007	4.30%
2006	2.50%
2005	3.30%
2004	2.10%
2003	1.10%

Además, el *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act del 2003* (MMA por sus siglas en inglés), establece que las bases para las tarifas básicas (para servicios prestados en el período entre el 1 de julio de 2004 y el 31 de diciembre de 2009) tendrá una cantidad base mínima (“baseline floor amount”).

El pago no será menor a la cantidad mínima, la cual se determinará al establecer nueve tarifas de pago (una por cada una de las nueve divisiones del censo) y luego utilizando la misma metodología que se utilizó para establecer las tarifas fijas nacionales para calcular un factor de conversión regional y el pago regional de millaje.

Algunos asuntos claves relacionados al AIF incluyen:

### **Tarifas Fijas Nacionales o Regionales**

Tanto el sistema de tarifa fija nacional como el regional aplica a todos los proveedores y suplidores en la división del censo, dependiendo de la cantidad de pago que la metodología regional brinde. El sistema de tarifa fija nacional aplica cuando la metodología de tarifas regionales resulta en una cantidad (para una división específica del censo) que es menor que la tarifa base terrestre nacional. Por otra parte, las tarifas regionales aplican cuando

## Ambulance

*claims that you submit for ambulance services. The national fee schedule for ambulance services has been phased in over a five-year transition period beginning April 1, 2002. The Ambulance Inflation Factor (AIF) updates payments annually and is equal to the percentage increase in the consumer price index for all urban consumers (CPI-U) for the 12-month period ending with June of the previous year.*

*The AIF for calendar year (CY) 2007 will be 4.3%. The following table displays the AIF for CY 2007 and for the previous 4 years.*

*Additionally, the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) established that the ground ambulance base rate (for services furnished during the period July 1, 2004 through December 31, 2009) will have a baseline “floor” amount.*

*Payment will not be less than this “floor,” which is determined by establishing nine fee schedules (one for each of the nine census divisions) and then using the same methodology that was used to establish the national fee schedule to calculate a regional conversion factor and a regional mileage payment.*

*Some key issues related to the AIF include:*

### **National or Regional Fee Schedules**

*Either the national fee schedule or regional fee schedule applies for all providers and suppliers in the census division, depending on the payment amount that the regional methodology yields. The national fee schedule amount applies when the regional fee schedule methodology results in an amount (for a given census division) that is lower than the national ground base rate. Conversely,*

*Cont. on next page*

## Ambulancia

su metodología resulta en una cantidad (para esa división del censo) que es mayor que la tarifa base terrestre nacional. Cuando se hace uso de las tarifas regionales, esa porción de la de la tarifa fija base para esa división del censo es igual a una combinación de la tarifa nacional y regional.

### **Pagos Basados en Metodología Combinada**

Durante el período de transición de cinco años, sus pagos estarán basados en una metodología combinada. Para el Año Calendario (CY) 2007, esta combinación será el 20% de la tarifa base terrestre regional y el 80% de la tarifa base terrestre nacional.

Antes del 1 de enero de 2007, para cada proveedor o suplidor de servicios de ambulancia, el AIF se aplicaba tanto a la porción de la tarifa fija del pago combinado (ambos nacional y regional) y a la porción del costo/cargo razonable. Luego, estas dos cantidades se sumaban para determinar la cantidad total del pago al proveedor o suplidor. A partir del 1 de enero de 2007, la cantidad total del pago para suplidores y proveedores de servicio de ambulancia aérea continúa calculándose a base del 100% de la tarifa fija nacional de ambulancias, mientras que el pago total a suplidores y proveedores de servicios de ambulancia terrestre estará basado en el 100% de la tarifa nacional de ambulancias o el 80% de la tarifa de pago nacional a ambulancias y el 20% de la tarifa regional de pago a ambulancias.

### **Requisitos de Deducible y Co-Aseguro de la Parte B**

Los requisitos de deducible y co-aseguro de la Parte B de Medicare aplican.

### **Información Adicional**

Usted puede encontrar información adicional sobre el Factor de Inflación de Servicios de Ambulancia (AIF) en el CR5358, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1102CP.pdf>. Ahí encontrará información actualizada del *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 15 (Ambulancia), Sección 20.6.1 (Ambulance Inflation Factor [AIF]) como un anejo al CR5358.

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

## Ambulance

*the regional fee schedule applies when its methodology results in an amount (for the census division) that is greater than the national ground base rate. When the regional fee schedule is used, that census division's fee schedule portion of the base rate is equal to a blend of the national rate and the regional rate.*

### **Payments Based on Blended Methodology**

*During the five-year transition period, your payments are based on a blended methodology. For CY2007, this blend will be 20% regional ground base rate and 80% national ground base rate.*

*Before January 1, 2007, for each ambulance provider or supplier, the AIF was applied to both the fee schedule portion of the blended payment amount (both national and regional) and to the reasonable cost/charge portion. Then, these two amounts were added together to determine each provider or supplier's total payment amount. As of January 1, 2007, the total payment amount for air ambulance providers and suppliers continues to be based on 100% of the national ambulance fee schedule, while the total payment amount for ground ambulance providers and suppliers will be based on either 100% of the national ambulance fee schedule or 80% of the national ambulance fee schedule and 20% of the regional ambulance fee schedule.*

### **Part B Coinsurance and Deductible Requirements**

*Part B coinsurance and deductible requirements apply.*

### **Additional Information**

*You can find more information about the ambulance inflation factor by going to CR 5358, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1102CP.pdf> on the CMS website. There you will find updated Medicare Claims Processing Manual (100-04), Chapter 15 (Ambulance), Section 20.6.1 (Ambulance Inflation Factor (AIF)) as an attachment to that CR.*

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

Pub. MM5358 / Trans R1102CP / CR5358 / 11-03-06 / mlv rrc

## Reclamaciones

### MMA – REAPERTURA Y REVISIÓN DE DETERMINACIONES Y DECISIONES SOBRE RECLAMACIONES

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones de la Parte A o reclamaciones “Fee-for-Service” de la Parte B a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], incluyendo a los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés] y Contratistas de la Parte B, incluyendo a Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero [DMERCs por sus siglas en inglés] y los Contratistas Administrativos DME de Medicare [DME MACs por sus siglas en inglés]) para su correspondiente pago.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4147 y provee información sobre cambios al *Medicare Claims Processing Manual*, la cual garantiza que las **reclamaciones con errores clericales (que incluyen errores u omisiones menores)** deben procesarse como “reaperturas” y no como “apelaciones”.

Todos los casos de “reapertura” se manejan a discreción del Contratista de Medicare y por lo tanto, no son apelables. Su Contratista de la Parte A de Medicare puede seguir manejando algunos errores mediante el proceso de ajuste de reclamaciones. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han añadido lo siguiente a la definición de “errores clericales”: “Missing data items, such as provider number or missing date of service”, o sea, “Datos de artículos omitidos, tal como número de proveedor o fecha de servicio”. Note que los errores clericales se limitan a errores en forma y contenido, y que las omisiones no incluyen dejar de facturar ciertos servicios o artículos. Por favor note que errores de pagadores de terciarios NO CONSTITUYEN errores clericales.

## Claims

### MMA - REOPENINGS AND REVISIONS OF CLAIM DETERMINATIONS AND DECISIONS

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who submit Part A or Part B Fee-for-Service claims to Medicare contractors (fiscal intermediaries (FIs) including regional home health intermediaries (RHHIs) and carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs) for payment.*

#### What You Need to Do

*This article, based on Change Request (CR) 4147, notifies you about changes to the Medicare Claims Processing Manual, which ensure that claims with **clerical errors (which include minor errors and omissions)** should be processed as “reopenings” and not as “appeals.”*

*All reopenings are conducted at the discretion of your Medicare contractor and are therefore not appealable. Your Part A Medicare contractor may continue to handle some errors through the claim adjustment process. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has added “Missing data items, such as provider number or missing date of service” to the definition of clerical errors. Note that clerical errors are limited to errors in form and content, and that omissions do not include failure to bill for certain items or services. Please note that third party payor errors DO NOT constitute clerical errors.*

Cont. on next page

## Reclamaciones

Por favor refiérase a la sección de **Información Adicional** de este artículo y a la información contenida en el anejo al Manual del CR4147 (Pub. 100-04, *The Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 34, Sección 10), para información detallada y actualizada sobre las reaperturas de casos. Además, por favor note, que esta información sustituye la información previamente publicada en el Capítulo 29, Sección 90, del *Medicare Claims Processing Manual*.

### Trasfondo

El proceso de apelación de reclamaciones de Medicare se enmendó por el *Medicare, Medicaid and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act de 2000 (BIPA)*, y por el *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA)*. La Sección 937 del MMA requiere que se establezca un proceso para la corrección de errores u omisiones menores que no necesitan el uso del proceso formal de apelaciones.

### Información Adicional

“El proceso de reapertura de un caso es una acción remediadora tomada para cambiar una determinación final o decisión que haya resultado en un pago mayor o menor al correcto, aún cuando la determinación o decisión tomada hubiera sido correcta basada en la evidencia en el expediente”. (Pub. 100-04, *The Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 34, Sección 10). Si su solicitud de reapertura se deniega, usted no podrá apelar la decisión del contratista de negarse a reabrir el caso, pero usted puede apelar la denegación de la reclamación original, siempre que no haya expirado el tiempo establecido para apelar. **Solicitar la reapertura de un caso no afecta el marco de tiempo establecido para solicitar una apelación.** Si la reapertura de un caso tiene como resultado una determinación revisada, se proporcionarán nuevos derechos de apelación para esa determinación revisada. No todas las reaperturas de casos traen como resultado una determinación revisada. Como resultado de estos cambios, algunos puntos importantes a considerar sobre las reaperturas de casos se mencionan a continuación:

## Claims

Please refer to the **Additional Information** section of this article and to the information in the manual attachment to CR4147 (Pub. 100-04, *The Medicare Claims Processing Manual*, Chapter 34, Section 10) for detailed and updated information regarding reopenings. Please note also that this information replaces what was previously found in Chapter 29, Section 90 of *The Medicare Claims Processing Manual*.

### Background

The Medicare claim appeals process was amended by the Medicare, Medicaid and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA), and by the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA). Section 937 of MMA requires the establishment of a process for the correction of minor errors and omissions that do not necessitate the use of the formal appeals process.

### Additional Information

“A reopening is a remedial action taken to change a final determination or decision that resulted in either an overpayment or an underpayment, even though the determination or decision was correct based on the evidence of record.” (Pub. 100-04, *The Medicare Claims Processing Manual*, Chapter 34, Section 10) If your reopening request is denied, you may not appeal the contractor’s refusal to reopen but you can appeal the original claim denial as long as the timeframe to request an appeal has not expired. **Requesting a reopening does not toll the timeframe to request an appeal.** If a reopening results in a revised determination, new appeal rights will be afforded on that revised determination. Not all reopenings result in a revised determination. Some important points to note about reopenings as a result of these changes are as follows:

Cont. on next page

## Reclamaciones

- Los Contratistas de Medicare no harán uso del recurso de reapertura como una apelación cuando una apelación formal no sea factible.
- Los Contratistas de Medicare pueden llevar a cabo la reapertura de casos para revisar determinaciones iniciales o redeterminaciones. Reclamaciones de Medicare como pagador secundario (“Medicare Secondary Payer” [MSP]) para recobros a beneficiarios o a proveedores/suplidores no son acciones de reapertura, excepto cuando la reclamación de recobro es a un proveedor/suplidor MSP. Todas las demás reclamaciones de recobro MSP a beneficiarios o proveedores/suplidores se consideran determinaciones iniciales.
- Si una reclamación se suspende por revisión médica, se podrá requerir una solicitud de documentación adicional (ADR por sus siglas en inglés) para tomar una determinación. Si no se recibe respuesta en el tiempo establecido, el departamento de revisiones médicas probablemente denegará el servicio como “no razonable ni necesario” debido a la falta de documentación. En tales casos, si se apela con la documentación solicitada, el Contratista de Medicare llevará a cabo una reapertura del caso, en lugar de una apelación. Los casos de reapertura se manejarán por el departamento de evaluación médica.
- Para la Parte A de Medicare, existen un número limitado de errores clericales que pueden corregirse por medio del proceso de reapertura. Muchos FIs manejan la corrección de errores sometiéndolo a un ajuste o una reclamación corregida. Los FIs que están manejando los errores por medio de ajustes continuarán haciendo lo mismo.
- Los Contratistas de Medicare aceptarán solicitudes de reapertura sólo si las mismas se hacen por escrito o a través del teléfono. Por favor note que el proceso de reapertura de casos por teléfono no se requiere para los Intermediarios Fiscales.

## Claims

- *Medicare contractors will not use reopenings as an appeal when a formal appeal is not available.*
- *Medicare contractors may conduct a reopening to revise an initial determination or redetermination. Medicare Secondary Payer (MSP) beneficiary or provider/supplier recovery claims are not reopening actions except where the recovery claim is a MSP provider/supplier recovery claim. All other MSP beneficiary or provider /supplier recovery claims are initial determinations.*
- *If a claim is suspended for medical review, a request for additional documentation (ADR) may be required to make a determination. If no response is received within the specified timeframes, the medical review department will likely deny the service as not reasonable and necessary based on lack of documentation. In such cases, if appealed with the requested documentation, the Medicare contractor will perform a reopening instead of an appeal. The reopenings will be performed by the medical review department.*
- *For Part A Medicare, there are a limited number of clerical errors that can be corrected through the reopening process. Many FIs are handling the correction of errors through the submission of an adjustment or corrected claim. FIs who are handling errors through adjustments will continue to do so.*
- *Medicare contractors will accept reopening requests only if they are made in writing or over the telephone. Please note that the telephone reopenings process is not required for fiscal intermediaries.*

Cont. on next page

## Reclamaciones

- Los Contratistas de Medicare le solicitarán a los suplidores o proveedores que sometan cualquier evidencia que apoye cambios o corrección de errores a través del fax, cuando sea necesario.
- Cuando el problema es: (1) muy complejo para manejarse por teléfono, o (2) se hace necesario someter documentación médica adicional, el Contratista de Medicare notificará a la parte afectada que su solicitud no puede ser procesada por teléfono. En tales casos, el Contratista le recomendará al peticionario que someta su solicitud por escrito.
- Los Contratistas de Medicare solicitarán la siguiente información a la persona que llama antes de llevar a cabo la reapertura del caso por teléfono: (1) nombre y # ID o # NSC del médico o suplidor; (2) Apellido y la inicial del primer nombre del beneficiario; y (3) el HICN de Medicare. **NOTA: La información suministrada debe coincidir exactamente con la información en récord.**

El CR4147 es la instrucción oficial enviada por Medicare a su FI/RHHI, Contratista de la Parte B, DMERC o DME MAC, sobre los cambios mencionados en este artículo. Puede encontrar el CR4147 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1069CP.pdf>.

Si desea obtener información adicional sobre el proceso de apelaciones de Medicare, puede hacer referencia al Capítulo 29 del *Medicare Claims Processing Manual*, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c29.pdf>.

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

## Claims

- *Medicare contractors will ask the providers or suppliers to fax in the proof to support changes and error correction, when necessary.*
- *In cases where the issue is: (1) too complex to be handled over the phone or (2) there is a need for additional medical documents, the Medicare contractor will inform the party that their request cannot be processed over the phone. In such instances, the contractor will advise the requestor to file their request in writing.*
- *Medicare contractors will require the following three items from the caller, prior to conducting a telephone reopening: (1) provider/ physician/supplier name & ID # or NSC #; (2) Beneficiary last name & first initial; and (3) Medicare HICN. **NOTE: Items must match exactly.***

*CR4147 is the official instruction issued to your FI/RHHI, carrier, DMERC, or DME MAC regarding changes mentioned in this article. CR 4147 may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1069CP.pdf> on the CMS website.*

*For additional information relating to the Medicare appeals process, you may wish to refer to Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c29.pdf>.*

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

Pub. MM4147 / Trans. R1069CP / CR4147 / 09-29-06 / mlv rrc



## Reclamaciones

### DEVOLUCIÓN DE RECLAMACIONES EN PAPEL ENVIADAS POR CENTROS DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD “CLEARINGHOUSE”

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare que someten reclamaciones de papel a los Centros de Facturación de salud para el procesamiento con Medicare.

#### Impacto en los Proveedores

Si el Centro de Facturación de Servicios de Salud somete reclamaciones en papel (en lugar de someterlas electrónicamente), sus pagos podrían afectarse. El *Administrative Simplification Compliance Act* (ASCA) requiere que las reclamaciones sometidas por los Centros de Facturación de Servicios de Salud a Medicare en representación suya se sometan en formato electrónico. Cuando su Contratista o Intermediario Fiscal (FI por sus siglas en inglés) identifica que un Centro de Facturación de Servicios de Salud ha sometido una reclamación suya en papel, éstos devolverán la reclamación al Centro de Facturación de Servicios de Salud sin procesarla.

#### Trasfondo

La Sección 3 del *Administrative Simplification Compliance Act* (ASCA), PL 107-105; la regulación sobre implementación en el 42 CFR 424; y el **Medicare Claims Processing Manual**, Capítulo 24, Sección 90-90.6 y sus anejos, todos requieren (excepto en casos limitados) que usted someta las reclamaciones a Medicare electrónicamente. Y mientras las regulaciones de ASCA permiten que usted (como proveedor) someta algunas o todas las reclamaciones en papel, en casos muy específicos e instancias limitadas, las entidades cubiertas por la Ley HIPAA (que no sean proveedores) no son elegibles para una exención de los requisitos de someter reclamaciones electrónicas.

## Claims

### RETURNING PAPER CLAIMS RECEIVED FROM CLEARINGHOUSES

#### Provider Types Affected

*All Medicare providers who submit paper claims to clearinghouses for filing with Medicare*

#### Provider Impact

*If a clearinghouse submits claims for you on paper (rather than electronically) your payments may be affected. The Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) requires that claims a clearinghouse submits to Medicare on your behalf must be submitted electronically. When your carrier or fiscal intermediary (FI) identifies that a clearinghouse has submitted a claim for you on paper, they will return the claim unprocessed to the clearinghouse.*

#### Background

*Section 3 of the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA), PL 107-105; the implementing regulation at 42 CFR 424; and the Medicare Claims Processing Manual Chapter 24, Section 90-90.6 and its exhibits all require (except in limited situations) that you submit claims to Medicare electronically. And, while ASCA regulations do allow you (as a provider) to submit some, or all, claims on paper in very specific and limited instances; HIPAA covered entities (other than providers) are not eligible for an exemption from these electronic Medicare claim submission requirements.*

Cont. on next page

## Reclamaciones

El CR5341, del cual se extrae este artículo, habla sobre reclamaciones que su Centro de Facturación de Servicios de Salud somete a Medicare en representación suya. Para ser específicos, si usted contrata los servicios de un Centro de Facturación de Servicios de Salud para que envíe reclamaciones a Medicare en representación suya, se le requerirá a éstos que sometan sus reclamaciones electrónicamente.

Una vez dicho esto, existe evidencia que algunos Centros de Facturación de Servicios de Salud están sometiendo reclamaciones en papel de forma rutinaria sin el conocimiento del proveedor. Usted debe estar informado que sus Contratistas y FIs, una vez se hayan identificado un Centro de Facturación de Servicios de Salud que representa a un proveedor y esté haya sometido sus reclamaciones en papel, se devolverán las mismas al Centro de Facturación de Servicios de Salud sin que se tome acción alguna.

### Información Adicional

La instrucción oficial (el CR5341) enviada a su Contratista de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero [DMERCs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos DME de Medicare [DME MAC por sus siglas en inglés], Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) sobre reclamaciones en papel recibidas de los Centros de Facturación de Servicios de Salud, se encuentra en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R247OTN.pdf>.

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

## Claims

*CR 5341, from which this article is taken, addresses claims that your clearinghouse submits to Medicare on your behalf. To be specific, if you contract with a clearinghouse to send claims to Medicare for you, they are required to submit these claims electronically.*

*But this being said, there is evidence that some clearinghouses are routinely submitting paper claims without the providers' knowledge. You should be aware that your carriers and FIs, having identified that a provider's clearinghouse has submitted your claims in paper form, will return them back to the clearinghouse without action.*

### Additional Information

*The official instruction (CR5341) issued to your Medicare contractor (carriers, durable medical equipment regional carrier (DMERC), DME Medicare Administrative Contractor (DME MAC), fiscal intermediary (FI), or Part A/B Medicare Administrative Contractor (A/B MAC)) regarding paper claims that they receive from clearinghouses is located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R247OTN.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5341 / Trans R247OTN / CR5341 / 11-29-06 / mlv

## Centro de Enfermería Especializada

### ACTUALIZACIÓN ANUAL 2007 DE LOS CÓDIGOS HCPCS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA (CB) DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) o los Contratistas Administrativos DME de Medicare (DME MACs por sus siglas en inglés), e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a beneficiarios de Medicare en Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5283, que provee la actualización anual 2007 de los Códigos HCPCS para la facturación consolidada (CB por sus siglas en inglés) en los SNFs, y cómo las actualizaciones afectan los éditos en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5283 provee actualización a los códigos HCPCS, la cual se utilizará para revisar los éditos al CWF que permite a los contratistas de la Parte B y FIs hacer pagos apropiados, de acuerdo con la política de facturación consolidada (CB) a SNFs en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 6, Sección 110.4.1 para Contratistas, y el Capítulo 6, Sección 20.6 para FIs.

#### Lo Que Usted Necesita Hacer

Refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para más detalles sobre esta actualización.

#### Trasfondo

En estos momentos, los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare tienen éditos para reclamaciones recibidas por concepto de estadías cubiertas en un SNF para beneficiarios de la Parte A, así como para beneficiarios en una estadía no cubierta.

## Skilled Nursing Facility

### 2007 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs) or DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), and fiscal intermediaries (FIs) for services provided to Medicare beneficiaries in SNFs*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5283, which provides the 2007 annual update of HCPCS Codes for SNF CB and how the updates affect edits in Medicare claims processing systems.*

#### What You Need to Know

*CR5283 provides updated to HCPCS codes that will be used to revise CWF edits to allow carriers and FIs to make appropriate payments in accordance with policy for SNF CB in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 6, Section 110.4.1 for carriers and Chapter 6, Section 20.6 for FIs.*

#### What You Need to Do

*See the Background and Additional Information sections of this article for further details regarding this update.*

#### Background

*Medicare's claims processing systems currently have edits in place for claims received for beneficiaries in a Part A covered SNF stay as well as for beneficiaries in a non-covered stay.*

Cont. on next page

## Centro de Enfermería Especializada

Los cambios a los códigos HCPCS y las designaciones de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés) se utilizan para revisar esos éditos con el fin de permitir que los Contratistas de la Parte B, DMERCs/DME MACs y los FIs hagan pagos apropiados, de acuerdo a la política de facturación consolidada (CB) a SNFs que se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual*. Estos éditos sólo permiten servicios que están excluidos de la facturación consolidada (CB) para que los Contratistas y/o los FIs los puedan pagar por separado.

- **Para médicos y proveedores que facturan a Contratistas de la Parte B:** Durante la primera semana de diciembre 2006 se publicarán los nuevos códigos en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/>
- **Para aquellos proveedores que facturan a los FIs:** Durante la primera semana de diciembre 2006 se publicarán archivos nuevos en formato Excel® y PDF en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/>

Nota: Es importante y necesario que la comunidad de proveedores vea el archivo PDF localizado en la parte final de la actualización anual de FIs sobre "General Explanation of the Major Categories" que se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/> de modo que puedan entender las Categorías Principales (Major Categories), incluyendo exclusiones no dirigidas por códigos HCPCS.

### Implementación

La fecha de implementación del CR5283 es el 2 de enero de 2007.

### Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B, DMERC, Contratista DME MAC, o Intermediario sobre este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1068CP.pdf>.

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

## Skilled Nursing Facility

*Changes to Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes and Medicare Physician Fee Schedule designations are used to revise these edits to allow carriers, DMERCs/DME MACs, and FIs to make appropriate payments in accordance with policy for SNF CB contained in the Medicare Claims Processing Manual. These edits only allow services that are excluded from CB to be separately paid by carriers and/or FIs.*

- **For physicians and providers billing carriers:** By the first week in December 2006, new code files will be posted at <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/> on the CMS web site.
- **For those providers billing FIs:** By the first week in December 2006, new Excel® and PDF files will be posted at <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/> on the CMS web site.

**Note:** It is **important and necessary** for the provider community to view the "General Explanation of the Major Categories" PDF file located at the bottom of each year's FI update listed at <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/> on the CMS web site in order to understand the Major Categories including additional exclusions not driven by HCPCS codes.

### Implementation

The implementation date for CR5283 is January 2, 2007.

### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier, DMERC, DME MAC or intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1068CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM5283 / Trans R1068CP / CR5283 / 09-29-06 / mlv rrc

## Centro de Enfermería Especializada

### ACTUALIZACIÓN ANUAL A LOS CÓDIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA PONER EN VIGOR LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE SALUD EN EL HOGAR

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero [DMERC por sus siglas en inglés], Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos DME de Medicare (DME MACs por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés] por concepto de suministros médicos o por servicios de terapia.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) actualizan periódicamente los códigos de HCPCS que están sujetos a las estipulaciones de facturación consolidada del Sistema Prospectivo de Pago de Servicios de Salud en el Hogar (HHPPS por sus siglas en inglés). Este artículo provee la actualización anual de la facturación HH consolidada que entra en vigor el 1ro de enero de 2007. Los proveedores afectados pueden ver los cambios en la tabla que se incluye en este artículo o pueden consultar la instrucción emitida a los Contratistas de Medicare, tal como se indica en la sección **Información Adicional** de este artículo.

#### Trasfondo

La Sección 1842(b)(6) de la Ley de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) requiere que el pago por servicios prestados en el hogar provistos bajo un plan de cuidado de salud en el hogar se haga a la agencia de

## Skilled Nursing Facility

### ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR HOME HEALTH CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers who bill Medicare contractors (Fiscal Intermediaries (FIs), Carriers, Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERC), regional home health intermediaries (RHHIs), and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs) and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for medical supply or therapy services.*

#### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Codes System (HCPCS) codes subject to the consolidated billing provision of the Home Health Prospective Payment System (HH PPS). This article provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2007. Affected providers may note the changes in the table listed within this article or consult the instruction issued to the Medicare contractors as listed in the **Additional information** section of this article.*

#### Background

*Section 1842(b)(6) of the Social Security Act (SSA) requires that payment for home health services provided under a home health plan of care be made to the home health agency (HHA.) As a result, billing for all such*

Cont. on next page

## Centro de Enfermería Especializada

cuidado en el hogar (HHA por sus siglas en inglés). Como resultado, la facturación de tales artículos y servicios debe hacerse por un solo HHA que supervise ese plan. Los servicios que aparecen en esta lista, que se someten en reclamaciones a contratistas Medicare, no se pagarán por separado en aquellas fechas en que el beneficiario estuvo en un episodio de cuidado de salud en el hogar (por ejemplo: bajo un plan de cuidado de salud en el hogar administrado por un HHA). Las excepciones pueden incluir lo siguiente:

- Terapias realizadas por médicos;
- Suministros incidentales a los servicios prestados por médicos; y
- Suministros utilizados en ambientes institucionales.

Medicare publica periódicamente Notificaciones de Actualizaciones de Rutina, las cuales contienen listas actualizadas de suministros no rutinarios y códigos de terapia que deben ser incluidos en la facturación HH consolidada. Las listas siempre se actualizan anualmente, con vigencia el 1 de enero, como resultado de los cambios en los códigos HCPCS que Medicare publica anualmente. Esta lista también puede ser actualizada tan frecuentemente como trimestralmente, si fuera necesario, debido a la creación de nuevos códigos HCPCS durante el año.

### Puntos Clave

El CR5356 provee la actualización anual de facturación consolidada HH, vigente el 1 de enero de 2007. Las tablas que se muestran a continuación describen los códigos HCPCS, y los cambios específicos hechos a cada uno, que esta notificación estará implementando el 2 de enero de 2007.

## Skilled Nursing Facility

*items and services is to be made by a single HHA overseeing that plan. This HHA is known as the primary agency for HH PPS for billing purposes. Services appearing on this list that are submitted on claims to Medicare contractors will not be paid separately on dates when a beneficiary for whom such a service is being billed is in a home health episode (i.e., under a home health plan of care administered by an HHA). Exceptions include the following:*

- *Therapies performed by physicians;*
- *Supplies incidental to physician services; and*
- *Supplies used in institutional settings.*

*Medicare periodically publishes Routine Update Notifications, which contain updated lists of non-routine supply and therapy codes that must be included in HH consolidated billing. The lists are always updated annually, effective January 1, as a result of changes in HCPCS codes that Medicare also publishes annually. This list may also be updated as frequently as quarterly if required by the creation of new HCPCS codes during the year.*

### Key Points

*CR5356 provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2007. The following tables describe the HCPCS codes and the specific changes to each that this notification is implementing on January 2, 2007.*

Cont. on next page

## Centro de Enfermería Especializada

## Skilled Nursing Facility

**Tabla 1: Suministros No Rutinarios**

**Table 1: Non Routine Supplies**

Code	Description	Action	Replacement Code or Code being Replaced
A4213	Syringe, Sterile, 20 CC or Greater	Add	
A4215	Needle, Sterile, Any Size, Each	Add	
A4348	Male External Catheter with Integral Collection Compartment, Extended Wear, Each (e.g., 2 per month)	Delete	
A4359	Urinary Suspensory without Leg Bag	Delete	
A4244	Alcohol or Peroxide, per Pint	Add	
A4245	Alcohol Wipes, per Box	Add	
A4246	Betadine or PhisoHex Solution, per Pint	Add	
A4247	Betadine or Iodine Swabs/Wipes, per Box	Add	
A4461	Surgical Dressing Holder, Non-reusable, Each	Add	Replaces code: A4462
A4462	Abdominal Dressing Holder, Each	Delete	Replacement code: A4461 and A4463
A4463	Surgical Dressing Holder, Reusable, Each	Add	Replaces code: A4462
A4932	Rectal Thermometer, Reusable, Any Type, Each	Add	
A6412	Eye Patch, Occlusive, Each	Add	

**Tabla 2: Terapias**

**Table 2: Therapies**

Code	Description	Action	Replacement Code or Code being Replaced
97020	Application Microwave	Delete	Replacement Code: 97024
97024	Application of a Modality to One or More Areas: Diathermy (e.g., Microwave)	Redefine	Replaces code: 97020
97504	Orthotic(s) Fitting and Training, Upper Extremity(ies), Lower Extremity(ies), and/or Trunk, Each 15 Minutes	Delete	Replacement code: 97760
97520	Prosthetic Training, Upper and/or Lower Extremity(ies), Each 15 Minutes	Delete	Replacement code: 97761
97703	Checkout for Orthotic/Prosthetic Use, Established Patient, Each 15 Minutes	Delete	Replacement code: 97762
97760	Orthotic(s) Management and Training (Including Assessment and Fitting when not Otherwise Reported), Upper Extremity(s), Lower Extremity(s) and/or Trunk, Each 15 Minutes	Add	Replaces code: 97504
97761	Prosthetic Training, Upper and/or Lower Extremity(s), Each 15 Minutes	Add	Replaces code: 97520
97762	Checkout for Orthotic/Prosthetic Use, Established Patient, Each 15 Minutes	Add	Replaces code: 97703

Cont. on next page

## Centro de Enfermería Especializada

### Información Adicional

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

Para obtener más detalles sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial emitida por Medicare a su FI, Contratista de la Parte B, Contratista MAC A/B, DMERC, RHHI, o DME MAC. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1082CP.pdf>.

Usted encontrará una lista histórica de códigos sujetos a facturación consolidada HH en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03\\_coding&billing.asp](http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03_coding&billing.asp).

Si desea evaluar las regulaciones de Medicare discutidas en este artículo, refiérase al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 10, Sección 10.1.25, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c10.pdf>.

## Skilled Nursing Facility

### Additional Information

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

*For complete details regarding this CR please see the official instruction issued to your Medicare FI, carrier, A/B MAC, DMERC, RHHI, or DME MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1082CP.pdf> on the CMS web site.*

*A complete historical listing of codes subject to HH consolidated billing can be found at [http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03\\_coding&billing.asp](http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03_coding&billing.asp) on the CMS web site.*

*To review the Medicare regulations discussed in this article see the Medicare Claims Processing Manual Chapter 10, Section 10.1.25 at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c10.pdf> on the CMS website.*

Pub. MM5356 / Trans R1082CP / CR5356 / 10-27-06 / mlv rrc



## Aviso de Remesa

### ACTUALIZACIÓN A CÓDIGOS DE COMENTARIO DE LA REMESA DE PAGO Y CÓDIGOS DE RAZÓN DE AJUSTE DE RECLAMACIÓN

#### Proveedores afectados

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

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

La Petición de Cambio (CR) 5346, de la cual se deriva este artículo, anuncia la más reciente actualización a los códigos de Comentario de la Remesa de Pago X12N 835 y a los códigos de Razón de Ajuste de Reclamación X12N 835 y 837, vigente el 2 de enero de 2007. Asegúrese que el personal de facturación de su oficina tiene conocimiento sobre estos cambios.

#### Trasfondo

Existen dos grupos de códigos (códigos de razón y códigos de comentario) que deben utilizarse para reportar ajustes en pagos en las transacciones de aviso de remesa de pago. Estos códigos de razón también se utilizan en ciertas transacciones de coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) dan mantenimiento a la lista de códigos de comentario de la remesa de pago y se utilizan por todos los pagadores. Las adiciones,

## Remittance Advice

### REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), regional home health intermediaries (RHHIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs)) for services.*

#### Provider Action Needed

*CR 5346, from which this article is taken, announces the latest update of X12N 835 Health Care Remittance Advice Remark Codes and X12N 835 and 837 Health Care Claim Adjustment Reason Codes, effective January 2, 2007. Be sure billing staff are aware of these changes.*

#### Background

*Two code sets (the reason and remark code sets) must be used to report payment adjustments in remittance advice transactions. The reason codes are also used in some coordination-of-benefits transactions.*

*The remittance advice remark code list is maintained by the Centers for Medicare & Medicaid Service (CMS), and used by all payers; and additions, deactivations, and modifications to it may be initiated by both Medicare and non-Medicare entities. The health care claim adjustment reason code list*

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

desactivaciones y modificaciones a esta lista pueden ser originados por Medicare o por entidades no relacionadas con Medicare. La lista de códigos de razón de ajuste de la reclamación la actualiza un comité nacional de Mantenimiento de Códigos que se reúne cuando se celebran reuniones trimestrales de X12 para tomar decisiones sobre adiciones, modificaciones y retiro de códigos de razón existentes.

Ambas listas de códigos se actualizan tres veces al año, y las actualizaciones se publican en el siguiente enlace: <http://wpc-edi.com/codes>. Las listas al final de este artículo resumen los más recientes cambios a esas listas, según se anunciaron en el CR5346, vigente el 1 de enero de 2007.

CMS también ha desarrollado una nueva herramienta para ayudar en la búsqueda de categorías específicas de códigos, la cual está disponible en el siguiente enlace: <http://www.cmsremarkcodes.info>. Note que este sitio Web no sustituye el sitio WPC y, si surgiera alguna discrepancia entre este sitio y el WPC, se debe considerar la información en el sitio WPC como la correcta.

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial enviada a su FI, Contratista, DMERC o RHHI sobre las más recientes actualizaciones a los códigos de comentario de la remesa y códigos de razón de ajuste de reclamación en el CR 5346, localizado en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1087CP.pdf>.

Si desea información adicional sobre la Remesa de Pago, refiérase a la publicación “*Understanding the Remittance Advice (RA): A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers and Billers*”, la cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RA\\_Guide\\_Full\\_03-22-06.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RA_Guide_Full_03-22-06.pdf).

## Remittance Advice

*is maintained by a national Code Maintenance committee that meets when X12 meets for their trimester meetings to make decisions about additions, modifications, and retirement of existing reason codes.*

*Both code lists are updated three times a year, and are posted at <http://wpc-edi.com/codes>. The lists at the end of this article summarize the latest changes to these lists, as announced in CR 5346, effective on and after January 1, 2007.*

*CMS has also developed a new tool to help you search for a specific category of code and that tool is at <http://www.cmsremarkcodes.info>. Note that this website does not replace the WPC site and, should there be any discrepancies between this site and the WPC site, consider the WPC site to be correct.*

### Additional Information

*You can see the official instruction issued to your FI/carrier/DMERC/RHHI regarding these latest remittance advice remark code and claim adjustment reason code updates by going to CR 5346, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1087CP.pdf> on the CMS website.*

*For additional information about Remittance Advice, please refer to *Understanding the Remittance Advice (RA): A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers* at [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RA\\_Guide\\_Full\\_03-22-06.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RA_Guide_Full_03-22-06.pdf) on the CMS web site.*

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

Cambios a los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago <i>Remittance Advice Remark Code Changes</i>			
Código	Nuevo / Modificado / Desactivado/Retirado	Narrativa Actual	Comentario
Code	New / Modified / Deactivated / Retired	Current Narrative	Comment
N370	Nuevo	La facturación excede los meses de alquiler cubiertos/aprobados por el pagador.	Originado por Medicare
	New	<i>Billing exceeds the rental months covered/approved by the payer.</i>	<i>Medicare initiated</i>
N371	Nuevo	Alerta: El título de propiedad de este equipo debe ser transferido al paciente*	Originado por Medicare
	New	<i>Alert: title of this equipment must be transferred to the patient. *</i>	<i>Medicare initiated</i>
N372	Nuevo	Solamente los cargos de mantenimiento o servicio razonables y necesarios están cubiertos.	Originado por Medicare
	New	<i>Only reasonable and necessary maintenance/service charges are covered.</i>	<i>Medicare initiated</i>
MA02	Modificado	Si no está de acuerdo con esta determinación, tiene derecho de apelar. Debe someter una petición de apelación por escrito dentro de los 180 días de la fecha de recibo esta notificación.	Modificado vigente el 8/1/06
	Modified	<i>If you do not agree with this determination, you have the right to appeal. You must file a written request for an appeal within 180 days of the date you receive this notice.</i>	<i>Modified effective 8/1/06</i>
M114	Modificado	Este servicio fue procesado de acuerdo con las reglas y las guías bajo el Proyecto de Demostración de Licitación Competitiva. Si usted desea más información sobre este proyecto, comuníquese con su contratista local.	Modificado vigente el 8/1/06
	Modified	<i>This service was processed in accordance with rules and guidelines under the Competitive Bidding Demonstration Project. If you would like more information regarding this project, contact your local contractor.</i>	<i>Modified effective 8/1/06</i>
N199	Modificado	Pago/recobro adicional aprobado/a a base de revisión/auditoría originada por el pagador.	Modificado vigente el 8/1/06
	Modified	<i>Additional payment/recoupment approved based on payer-initiated review/audit.</i>	<i>Modified effective 8/1/06</i>
<b>No hay cambios en los códigos desactivados de avisos de remesa de pago.</b> <b><i>There are no deactivated remittance advice remark code changes.</i></b>			

**\*Nota:** Ciertos códigos de comentario pueden proveer solamente información. No complementan necesariamente la explicación provista mediante un código de razón, o, en algunos casos, otros

**\*Note:** Some remark codes may provide only information. They may not necessarily supplement the explanation provided through

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

códigos de comentario, para un ajuste. Los recién creados códigos informativos tendrán una “alerta” en el texto para diferenciar los códigos informativos de los explicativos. Por ejemplo, el código informativo se envía en cumplimiento de regulaciones estatales, pero no explica los ajustes:

**Alerta N369:** Aunque esta reclamación fue procesada, se considera deficiente de acuerdo a la legislación/regulación estatal.

Estos códigos informativos se utilizarán solamente si resulta necesario comunicar información específica, y no se utilizarán como códigos por defecto (“default”).

## Remittance Advice

a reason code, or, in some cases another/ other remark code(s), for an adjustment. Newly created informational codes will have “Alert” in the text to identify them as informational rather than explanatory codes. For example, this informational code is sent per state regulation, but does not explain any adjustment:

**N369 Alert:** Although this claim has been processed, it is deficient according to state legislation/regulation.

*These informational codes will be used only if specific information needs to be communicated but not as default codes.*

Cambios a los Códigos de Razón Reason Code Changes			
Código	Nuevo / Modificado / Desactivado/Retirado	Narrativa Actual	Comentario
Code	New/ Modified/ Deactivated/ Retired	Current Narrative	Comment
196	Nuevo	Reclamación/servicio denegado basado en la determinación anterior de cubierta del pagador.	Nuevo a partir de junio 2006.
	New	<i>Claim/service denied based on prior payer's coverage determination.</i>	<i>New as of June, 2006</i>
16	Modificado	La reclamación/servicio carece de información necesaria para adjudicación. Información adicional es provista utilizando códigos de comentario de remesa de pago, según resulte apropiado. Este cambio tendrá vigencia el 1 de abril de 2007: Se debe proveer por lo menos un Código de Comentario (puede estar compuesto por ya sea el Código de Comentario de la Remesa de Pago o el Código NCPDP de Razón de Rechazo).	Modificado a partir de febrero, 2002 y Junio, 2006
	Modified	<i>Claim/service lacks information which is needed for adjudication. Additional information is supplied using remittance advice remarks codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i>	<i>Modified as of February, 2002 and June, 2006</i>

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

Cambios a los Códigos de Razón Reason Code Changes			
Código	Nuevo / Modificado / Desactivado/Retirado	Narrativa Actual	Comentario
Code	New/ Modified/ Deactivated/ Retired	Current Narrative	Comment
17	Modificado	El pago ha sido ajustado porque la información solicitada no fue provista o era insuficiente/incompleta. Se provee Información adicional utilizando códigos de comentario de remesa de pago, según resulte apropiado. Este cambio tendrá vigencia el 1 de abril de 2007: Se debe proveer por lo menos un Código de Comentario (puede estar compuesto por ya sea el Código de Comentario de Remesa de pago o por el Código NCPDP de Razón de Rechazo).	Modificado a partir de febrero, 2002 y Junio, 2006
	Modified	<i>Payment adjusted because requested information was not provided or was insufficient/incomplete. Additional information is supplied using the remittance advice remarks codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i>	<i>Modified as of February, 2002 and June, 2006</i>
96	Modificado	Cargo(s) no cubierto(s). Este cambio estará vigente el 1de abril de 2007: Se debe proveer por lo menos un Código de Comentario (puede estar compuesto ya sea por el Código de Comentario de Aviso de Remesa de Pago o el Código NCPDP de Razón de Rechazo.	Modificado a partir de febrero, 2002 y Junio, 2006
	Modified	Non-covered charge(s). This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)	Modified as of February, 2002 and June, 2006

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

Cambios a los Códigos de Razón Reason Code Changes			
Código	Nuevo / Modificado / Desactivado/Retirado	Narrativa Actual	Comentario
Code	New/ Modified/ Deactivated/ Retired	Current Narrative	Comment
125	Modificado	Cargo(s) no cubierto(s). Este cambio estará vigente el 1 de abril de 2007: Se debe proveer por lo menos un Código de Comentario (puede estar compuesto ya sea por el Código de Comentario de Aviso de Remesa de Pago o el Código NCPDP de Razón de Rechazo)	Modificado a partir de febrero, 2002 y Junio, 2006
	Modified	<i>Payment adjusted due to a submission/billing error(s). Additional information is supplied using the remittance advice remarks codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i>	<i>Modified as of February, 2002 and June, 2006</i>
43	Retirado	Reducción Gramm-Rudman	Modificado a partir de junio del 2006 y desactivado el 1 de julio de 2006
	Retired	<i>Gramm-Rudman reduction.</i>	<i>Modified as of June, 06, and deactivated on July 1, 2006</i>

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

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

Pub. MM5384 / Trans R1093CP / CR5384 / 10-27-06 / mlv rrc

## Contrato

### PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del "Balanced Budget Act" (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del "Social Security Act". Específicamente, el "BBA" añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare.

La Sección 1128A del "SSA" define el término "persona" como "una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario." Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, a continuación la lista de los proveedores reinstalados y en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

## Enrollment

### SANCTIONED PROVIDERS

*Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the "Medicare and Medicaid Programs Protection Act". They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.*

*Section 4304 of the Balanced Budget Act(BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program.*

*Section 1128A of the Social Security Act defines the term "person" to include "organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary". This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, following is the list of the reinstated providers, and on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:*

Providers Reinstated to the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	January 26, 2006
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	January 26, 2006
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	January 26, 2006
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Río Verde Caguas, PR 00725	January 26, 2006

Cont. on next page

# Contrato

# Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Álvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Néstor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Dávila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De León 11 Calla Granada Mayagüez, PR 00680	January 20, 2003
Báez López, Roberto	Calle Víctor Salaberry #32 Guánica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. Croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enríquez, José M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamón, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, José L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Río Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Báez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las América Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Dávila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Díaz Ríos, Pedro J.	Rosado Med. Bldg. - 358 Font Martelo Humacao, PR 00791	August 10, 2006
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Río Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
García Medina, Benjamín A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb. Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduvigis San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jiménez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
López Morales, Ángel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002



# Contrato

# Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Montañez López, Carlos W.	Óptica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quinton Coamo, PR 00769	December 20, 1998
Nevarez Sostre, Edgar	Urb. Jardines / Calle 9 #B-4 Dorado, PR 00694	December 20, 2006
Olivari Milán, José A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Área de Yauco Clínicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irruregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

Updated: January 31, 2007-(NO CHANGES) MOA

# National Provider Identifier (NPI)

## CÓMO REPORTAR EL NPI EN RECLAMACIONES MÉDICAS POR SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO COMPRADOS FUERA DE LA JURISDICCIÓN DEL CONTRATISTA LOCAL DE LA PARTE B

### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los Contratistas Administrativos de las Partes A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de laboratorio clínico comprados fuera de la jurisdicción del Contratista de la Parte B Local o del Contratista A/B MAC.

### Trasfondo

Este artículo se relaciona a la Petición de Cambio (CR) 5289, en la que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) proveen instrucciones específicas a los médicos para que modifiquen sus guías actuales para reportar y les requiere que, **vigente el 23 de mayo de 2007, comiencen a reportar el NPI en reclamaciones de servicios de laboratorio clínico comprados fuera de la jurisdicción del Contratista Local.** Anteriormente, CMS instruyó a los médicos a reportar su NPI al momento de facturar servicios de laboratorio clínico comprados fuera de la jurisdicción del Contratista Local. (Vea el CR3630, Trans. 415, publicado el 23 de diciembre de 2004, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R243OTN.pdf>.)

A partir del 23 de mayo de 2007, los médicos tendrán que utilizar el NPI para facturar a sus contratistas locales de la Parte B por concepto de servicios de laboratorio clínico comprados fuera de la jurisdicción del Contratista Local o del Contratista A/B MAC. Vigente el 23 de mayo de 2007, recuerde lo siguiente:

## REPORTING THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) ON PHYSICIAN CLAIMS FOR CLINICAL DIAGNOSTIC SERVICES PURCHASED OUTSIDE OF THE LOCAL CARRIER'S JURISDICTION

### Provider Types Affected

*Physicians billing Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for diagnostic services purchased outside the local carrier or A/B MAC's jurisdiction.*

### Background

*This article relates to Change Request (CR) 5289, in which the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) provides specific instructions for physicians to modify their current reporting guidelines and requires physicians to begin **reporting, as of May 23, 2007, a National Provider Identifier (NPI) on claims for clinical diagnostic services purchased outside of the local carrier's jurisdiction.** Previously CMS instructed physicians to report their provider identification number (PIN) on claims when billing for clinical diagnostic services purchased outside of the local carrier's jurisdiction. (See Change Request 3630, Transmittal 415, issued on December 23, 2004 at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R243OTN.pdf> on the CMS website).*

*As of May 23, 2007, physicians must begin using their NPI to bill the local carrier for a clinical diagnostic service purchased outside of the jurisdiction of the local carrier or A/B MAC. As of May 23, 2007, remember the following:*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

- Al reportar el segmento 2400 PS1 (*Purchased Service Information*) del formato de reclamación electrónica ANSI X12 837, versión 4010A, el médico que factura debe reportar su NPI.
- Al someter reclamaciones en papel, los médicos deben reportar su NPI tanto para la porción del servicio de laboratorio que compraron como para la porción del servicio que realizaron ellos mismos.
- Después del 22 de mayo de 2007, los médicos ya no podrán reportar el PIN.

Antes del 23 de mayo de 2007, los médicos pueden reportar el PIN o el NPI, o ambos.

## Información Adicional

Para obtener detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista de la Parte B o Contratista A/B MAC referente a este cambio. Puede ver esa instrucción en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R243OTN.pdf>.

Si desea obtener más información sobre el NPI y cómo solicitarlo, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvdentStand>.

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

- *When reporting the 2400 PS1 segment (Purchased Service Information) of the ANSI X12 837 electronic claim format, version 4010A, the billing physician must report their NPI.*
- *When submitting paper claims, physicians must report their NPI for both the purchased portion of the test and the portion of the test that they performed.*
- *Physicians may no longer report a PIN after May 22, 2007. Prior to May 23, 2007, physicians may report the PIN, the NPI, or both PIN and the NPI.*

## Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your Medicare carrier or A/B MAC, regarding this change. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R243OTN.pdf> on the CMS web site. To learn more about the NPI and how to apply for one, visit <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvdentStand/> on the CMS website.*

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

Pub. MM5289 / Trans R243OTN / CR5289 / 10-27-06 / mlv rrc

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

## RECLAMACIONES SOMETIDAS CON EL NPI SOLAMENTE DURANTE LA FASE 2 DEL PERIODO DE TRANSICIÓN

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que llevan a cabo transacciones estándar HIPAA, tales como reclamaciones e investigaciones sobre elegibilidad, con Medicare.

### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

A partir del 1 de octubre de 2006 y hasta nuevo aviso, las reclamaciones que usted someta que contengan solamente el NPI serán devueltas como “no procesables” si no se logra encontrar un número legado que lo paree apropiadamente.

Desde el comienzo de la Fase 2 del periodo de transición del NPI de Medicare, el 1 de octubre de 2006 y hasta nuevo aviso, usted debe someter tanto el número legado como el NPI en sus reclamaciones para asegurar que son procesadas adecuadamente. Durante este periodo, las reclamaciones que se sometan solamente con el NPI, y que el sistema de Medicare no logre parear con un número legado (ejemplo, PIN, Número OSCAR), podrán ser rechazadas y se le requerirá que resomete esa reclamación con el número legado apropiado.

Hasta nuevo aviso por parte de CMS, usted debe asegurarse que al momento de someter reclamaciones a Medicare con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2006, su personal de facturación someta tanto el número legado como el NPI.

### Trasfondo

Según se anunció previamente, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) planifican comenzar a probar un nuevo programa de computadora que ha sido desarrollado para usar el NPI en el sistema de procesamiento de reclamaciones “Fee-for-Service” existente de Medicare.

## CLAIMS SUBMITTED WITH ONLY A NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) DURING THE STAGE 2 NPI TRANSITION PERIOD

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who conduct HIPAA standard transactions, such as claims and eligibility inquiries, with Medicare.*

### Provider Action Needed

*Beginning October 1, 2006 and until further notice, claims that you submit containing only an NPI will be returned to you as unprocessable if a properly matching legacy number cannot be found.*

*From the beginning of Medicare’s Stage 2 NPI transition period on October 1, 2006 and until further notice, you should submit both NPIs and legacy provider numbers on your Medicare claims to ensure that they are properly processed. During this period, claims submitted with only a NPI that Medicare systems are unable to properly match with a legacy number (e.g., PIN, OSCAR number), may be rejected, and you will be required to resubmit the claim with the appropriate legacy number.*

*You should make sure that when submitting Medicare claims with dates of service on or after October 1, 2006, your billing staff submit both your NPI and legacy provider numbers until further notice from CMS.*

### Background

*As previously announced, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) plans to begin testing new software it has been developed to use the NPI in the existing Medicare fee-for-service claims processing systems. (Remember that you will be required to submit claims and other HIPAA transactions with only an NPI beginning on May 23, 2007).*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

Durante la Fase 2 del periodo de transición NPI, que comienza el 1 de octubre de 2006 y hasta el 22 de mayo de 2007, Medicare aceptará reclamaciones que sólo contengan el NPI (así como aquellas que contengan solamente el número legado); sin embargo, en el CR5378, del cual se extrae este artículo, CMS recomienda que durante este periodo de transición usted someta sus reclamaciones haciendo uso de:

- El número legado del proveedor, por ejemplo, el PIN (Provider Identification Number), el número NSC, número OSCAR o UPIN; o
- Ambos números, el NPI y el número legado.

**Nota: Hasta el 2 de enero de 2007, no se podrá someter el número NPI en reclamaciones en papel en el formulario CMS1500. Los proveedores institucionales han sido notificados los FIs o A/B MACs no aceptarán el NPI en reclamaciones en papel hasta que se implemente el UB-04 el 23 de mayo de 2007.**

Hasta que Medicare complete las pruebas del nuevo programa de computadora, si usted somete reclamaciones con el NPI solamente:

1. Estas podrán ser procesadas y pagadas, o
2. Si los sistemas de Medicare no logran parrear el NPI recibido con un número legado (ejemplo: PIN, número OSCAR), sus reclamaciones podrían ser rechazadas y usted sería requerido a resometer la reclamación con el número legado apropiado.

## Información Adicional

La instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare en esta publicación, CR5378, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R249OTN.pdf>.

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

*During the Stage 2 NPI transition period of October 1, 2006, through May 22, 2007, Medicare will accept claims having only NPIs (as well as those having only legacy provider numbers); however in CR 5378, from which this article is taken, CMS recommends that during this period you submit claims using:*

- *The provider's legacy number, such as a Provider Identification Number (PIN), NSC number, OSCAR number or UPIN; or*
- *Both the provider's NPI and legacy number.*

**Note: Until January 2, 2007, NPIs are not to be submitted on paper claims via CMS 1500 forms. Institutional providers are advised that the NPI will not be accepted on paper claims by FIs or A/B MACs until implementation of the UB-04 on May 23, 2007.**

*Until testing of Medicare's new software is complete, if you submit Medicare claims with only your NPI:*

1. *They may be processed and paid, or*
2. *If the Medicare systems are unable to properly match the incoming NPI with a legacy number (e.g., PIN, OSCAR number), they may be rejected, and you will be required to resubmit the claim with the appropriate legacy number.*

## Additional Information

*The official instruction issued to your Medicare contractor on this issue, CR 5378, is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R249OTN.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5378 / Trans R249OTN / CR5378 / 12-13-06 / mlv / mar





**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**PRSRT STD**  
U.S. POSTAGE PAID  
SAN JUAN, P.R.  
PERMIT NO. 2563

**RETURN SERVICE REQUESTED**