

# ¡Qué Bueno Que Preguntó!

## CAMBIOS ADICIONALES A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFSDB)

### Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, 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 servicios profesionales pagaderos bajo las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

### Trasfondo

Este artículo y el CR 5498 tienen la intención de que los proveedores sepan que los archivos de pago fueron emitidos a los Contratistas de la Parte B a

Cont. en página 5

---

## We Are Glad You Asked!

### ADDITIONAL CHANGES TO THE 2007 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE (MPFSDB)

### Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare administrative contractors (A/B MACs)) for professional services paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

### Background

This article and Change Request (CR) 5498 wants providers to know that payment files were issued to carriers based upon the

Cont. on page 5



Emission Date: May 25, 2007 | Volume 90 / April, May, and June, 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>*

# NOTA IMPORTANTE

## Tele-conferencia PQRI

### Especificaciones de la iniciativa para reportar la calidad de los servicios médicos (PQRI, según sus siglas en inglés) 2007

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS), crearon la iniciativa para reportar la calidad de los servicios médicos (PQRI). El programa PQRI es el primer paso hacia ligar los pagos de Medicare a los profesionales de la salud con la calidad del servicio, el cual se espera que se desarrolle con el tiempo en un programa de valor basado en la compra o pago por desempeño. El primer año le provee una oportunidad al médico o al profesional elegible de adquirir experiencia reportando la calidad de sus servicios. Los participantes del PQRI también recibirán reportes de retroalimentación confidencial acerca de sus prácticas.

Los profesionales que exitosamente reporten las medidas de calidad en sus reclamaciones para las fechas de servicio del 1 de julio a diciembre 31 de 2007, pueden ganar un pago adicional. Este pago adicional o bono está sujeto a un CAP, de un 1.5% del total aprobado de cargos por servicios cubiertos bajo el manual de tarifas de Medicare durante el mismo periodo.

Reportar los servicios del programa PQRI se basa en 74 medidas únicas. Aquellos proveedores médicos interesados en participar de la iniciativa de CMS para reportar la calidad de los servicios médicos pueden visitar la página electrónica de CMS PQRI [www.cms.hhs.gov/pqri](http://www.cms.hhs.gov/pqri) donde pueden conseguir las medidas de calidad.

Como parte de la campaña educativa de PQRI, Triple-S Medicare estará ofreciendo una tele-conferencia informativa acerca del programa PQRI. A continuación los detalles de esta tele-conferencia:

**Tema:** Iniciativa para reportar la calidad de los servicios médicos

**Fecha:** Miércoles, 27 de junio de 2007

**Hora:** 11:30 am (versión en inglés)  
3:30 pm (versión en español)

Para acceder la tele-conferencia:

Versión en inglés - (719) 457-2654 / (888) 208 -1812

Versión en español – (719) 457-2728 / (800) 475-3716

# IMPORTANT NOTICE

## PQRI Tele-conference

### 2007 Physician Quality Reporting Initiative Specifications

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), created the 2007 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI). The PQRI is the first step toward linking Medicare health professionals' payments to quality, which is expected to evolve over time into a value-based purchasing or pay-for-performance program. The first year provides an opportunity for physician and other eligible professionals to gain experience with quality reporting. Participants in the PQRI will also receive confidential feedback reports about their practices.

Professionals who successfully report this quality measures on claims for dates of service from July 1 to December 31, 2007, may earn a bonus payment. This bonus is subject to a cap, of 1.5% of total allowed charges for covered Medicare physician fee schedule services during that same period.

PQRI reporting is based on 74 unique measures. Those physicians interested in participating of the CMS 2007 Physician Quality Reporting Initiative can visit the CMS PQRI Web site ([www.cms.hhs.gov/pqri](http://www.cms.hhs.gov/pqri)) where they can find the quality measures.

As part of the PQRI education campaign, Triple-S Medicare will host an informative teleconference concerning PQRI. Details of the conference are as follows:

**Topic:** PQRI teleconference

**Date:** Wednesday, June 27, 2007

**Time:** 11:30 am (English version)

3:30 pm (Spanish version)

To access the conference:

English version (719) 457-2654 / (888) 208-1812

Spanish version (719) 457-2728 / (888) 475-3716

## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

## TABLA DE CONTENIDO

### ¡Qué Bueno que Preguntó!

Cambios a la base de datos .....	Portada y Pág. 5
Duplicados .....	6
Tiempo límite para someter reclamaciones nuevas ..	7

### Proveedores fuera del Programa Medicare

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

### Recursos de Información y Educación

Revisión del artículo MM5271 del Volumen 89 .....	9
Correcciones y revisiones de CMS a artículos publicados anteriormente .....	10
Actualización de códigos de lugar de servicio .....	11
Despliegue del tipo de Plan de Parte C en CWF ....	12
Nuevo sitio Web para información sobre cuidado a largo plazo .....	15
Revisiones a procedimientos para establecer justa causa .....	18
Asuntos relacionados al sistema de elegibilidad de los MA y <i>Fee-For-Service</i> .....	20
Encuesta anual de Medicare sobre la satisfacción de los proveedores .....	23
Contratación privada - definición del término médico/profesional de la salud .....	24

### HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	26
--	----

### Política Médica

Cambios en codificación del reemplazo de disco lumbar .....	29
Guías para el pago de adiestramiento para el auto-manejo de la diabetes .....	31
Proceso de excepción a los límites de terapia .....	36

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

## TABLA DE CONTENIDO - Cont.

### Política Médica - Cont.

Proceso de excepción en el límite de terapias .....	45
Angioplastia transluminal percutánea intracraneal .	54
Resumen de los servicios de podiatría .....	56
Pagos permitidos para la Vacuna contra la Influenza .....	65
Determinaciones de cubierta local eliminadas .....	67

### Políticas de Pago

Tarifa establecida para radiofármacos 2007 .....	68
Uso del código postal de nueve dígitos para determinar la localidad de pago correcto .....	70
Política de pago de tarifas fijas de Medicare 2007 ..	78
Facturación directa y pago por servicios prestados a pacientes hospitalizados .....	85
Mejoras al Multi-Carrier System .....	87
Actualización de emergencia a la base de datos ....	90
Pagos de Medicare para servicios asociados con administración de IVIG .....	94
"Tax Relief and Health Care Act 2006" - cambios en la facturación .....	97
Cambio en el pago de co-aseguro en pruebas exploratorias detección del cáncer colorectal .....	100
Actualización a los éditos del CCI - Versión 13.1 ..	103

### Laboratorio

Códigos HCPCS sujetos a y excluidos de las enmiendas a los éditos CLIA .....	105
Documentación requerida para los servicios de laboratorio clínico .....	109

### Ambulancia

Eliminación de los formularios CMS-1491 y CMS-1490U .....	110
---	-----

### Reclamaciones

Diferenciando ajustes en masa de otros tipos .....	112
Actualización de las acciones de CMS encaminadas a revertir sobrepagos .....	115
Estándares de procesamiento puntual .....	117
Procesamiento de todos los códigos de diagnóstico reportados en reclamaciones .....	120

### Equipo Médico Duradero (DMEPOS)

Instrucciones para notificar al proveedor sobre el Programa de Licitación Competitiva .....	121
---	-----

### Aviso de Remesa

Actualización al RARC y al CARC .....	122
---------------------------------------	-----

### Medicare Pagador Secundario (MSP)

Instrucciones para la coordinación de CAP .....	127
Asignación de un modificador dedicado a MSP ....	132

### Contrato

Proveedores Sancionados .....	134
Implementación del NPI en el sistema de pago .....	137
Plan de Contingencia para NPI .....	143
Actualización de Expedientes Médicos ... Contraportada	

## 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>Additional Changes to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule</i> .....	Cover and Page 5
<i>Duplicates</i> .....	6
<i>Time Limit New Claim Submission</i> .....	7

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

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

### Information and Education Resources

<i>Revision to Article MM5271 from Volume 89</i> .....	9
<i>CMS Corrections and Revisions to Medicare Learning Network</i> .....	10
<i>Update to the Place of Service (POS) Code Set to Add a Code</i> .....	11
<i>Part C Plan Type Description Display on Medicare's CWF</i> .....	12
<i>The New HHS National Clearinghouse Website</i> .....	15
<i>Revisions to Procedures to Establish Good Cause</i> ..	18
<i>Medicare Fee-For-Service and MA Eligibility System Issues</i> .....	20
<i>Annual Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey</i> .....	23
<i>Private Contracting Definition of Physician/Practitioner</i> .....	24

### HIPAA

<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i> ....	26
---	----

### Medical Policy

<i>Coding Change for Lumbar Artificial Disc Replacement</i> .....	29
<i>Guidelines for Payment of Diabetes Self-Management Training</i> .....	31
<i>Therapy Caps Exception Process</i> .....	36

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

## TABLE OF CONTENTS - Cont.

### Medical Policy - Cont.

<i>Outpatient Therapy Cap Exception Process</i> .....	45
<i>Intracranial Percutaneous Transluminal Angioplasty</i> ..	54
<i>Overview of Medicare Podiatry Services</i> .....	56
<i>Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine</i> .	65
<i>Retired Local Coverage Determinations</i> .....	67

### Billing Policies

<i>Established Fee for Radiopharmaceuticals 2007</i> ....	68
<i>Use of Nine-Digit Zip Codes for Determining the Correct Payment</i> .....	70
<i>2007 Physician Fee Schedule Payment Policies</i> ....	78
<i>Direct Billing and Payment for Non-Physician Practitioner Services</i> .....	85
<i>Enhance the Multi-Carrier System to Avoid Duplicate</i>	87
<i>Emergency Update to the Physician Fee Schedule</i>	90
<i>Medicare Payment for Preadmission - Related Services Associated with IVIG</i> .....	94
<i>Tax Relief and Health Care Act of 2006 Changes to Independent Laboratory</i> .....	97
<i>Colorectal Cancer Screening Flexible Sigmoidoscopy and Colonoscopy</i> .....	100
<i>Quarterly Update to CCI-Version 13.1</i> .....	103

### Laboratory

<i>HCPCS Codes Subject to and Excluded from CLIA</i> .	105
<i>Required Documentation for Clinical Laboratory Services</i> .....	109

### Ambulance

<i>Elimination of CMS-1491 and CMS-1490U Forms</i> ...	110
--	-----

### Claims

<i>Differentiating Mass Adjustments from Other Types of Adjustments</i> .....	112
<i>Update on CMS Actions to Reverse Invalid Overpayments</i> .....	115
<i>Timeliness Standards for Processing Other-Than-Clean Claims</i> .....	117
<i>Processing all Diagnosis Codes Reported on Claims</i> .....	120

### Durable Medical Equipment (DMEPOS)

<i>Instructions for Provider Notification CAP</i> .....	121
---	-----

### Remittance Advice

<i>Remittance Advice Remark Code and CARC Update</i> .....	122
--	-----

### Medicare Secondary Payer (MSP)

<i>Instructions for the Coordination of MSP Claims</i> ...	127
<i>Assignment of Dedicated MSP Modifier</i> .....	132

### Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i> .....	135
<i>Medicare FFS Implementation of the NPI</i> .....	137
<i>NPI Contingency Plan</i> .....	143
<i>Update of Medicare Physician Files</i> .....	Backcover

MOA-2007

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

base de la Reglamentación Final del MPFS del 1 de diciembre de 2006 y el "Transmittal" 1143/CR 5459, Actualización de Emergencia a la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos. (Existe un artículo MLN Matters (MM5459), el cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5459.pdf>.) Este CR (5498), **enmienda aquellos archivos de pago e incluye nuevas** cantidades de pago del Sistema de Pago Prospectivo Ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés), para los códigos sujetos a los límites del OPPS y otras correcciones misceláneas.

### Puntos Clave del CR5498

Los cambios al MPFSDB del 2007 se encuentran listados en el **Anejo 1** del CR5498, y esos cambios son:

<u>CPT/HCPCS</u>	<u>ACTION</u>
31545	Bilateral Indicator = 1
31546	Bilateral Indicator = 1
70555-26	26 Work RVU = 2.54
76998-26	Work RVU = 1.20
77013-26	Work RVU = 3.99
77022-26	Work RVU = 4.24
77055	– Global Work RVU = 0.70
77055-26	Work RVU = 0.70
93624-26	Status Indicator = A Work RVU = 4.80 Transitional Non-Facility PE RVU = 2.31 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 2.67 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 2.31 Fully Implemented Facility PE RVU = 2.67 (Informational Only) Malpractice RVU = 0.33
96020-26	Work RVU = 3.43
G0103	Short Descriptor = PSA screening
S0147	Status Indicator = I
S0180	Status Indicator = I
S0345	Status Indicator = I
S0346	Status Indicator = I
S0347	Status Indicator = I
S2325	Status Indicator = I
S2344	Status Indicator = I
S3855	Status Indicator = I

**Nota:** Además de los cambios indicados más arriba, todos los récords sujetos a los límites de pago OPPS también están incluidos, ya que estas cantidades de pago se cambiaron. Estos códigos se pueden identificar mediante el indicador OPPS=1.

Se exhorta a los proveedores a que tomen nota que los contratistas de Medicare no buscarán

## We Are Glad You Asked!

*December 1, 2006, MPFS Final Rule and Transmittal 1143, Change Request 5459, Emergency Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database. (An MLN Matters, MM5459, is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5459.pdf> on the CMS website.) This CR, 5498, amends those payment files and includes new outpatient prospective payment system (OPPS) payment amounts for codes subject to the OPPS cap and other miscellaneous corrections.*

### Key Points of CR5498

*The changes to the 2007 MPFSDB are listed in **Attachment 1** of CR5498 and those changes are:*

**Note:** *In addition to the changes listed above, all records subject to the OPPS payment cap are also included since these payment amounts have been changed. These codes can be identified by OPPS indicator = 1.*

*Providers take note that the Medicare contractors will not search their files for claims*

*Cont. on next page*

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

reclamaciones que se hayan visto afectadas por estos cambios para retractar el pago de reclamaciones ya pagadas o para pagar reclamaciones retroactivas. Sin embargo, los contratistas ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

### Información Adicional

Usted puede ver la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC en el CR5498, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1161CP.pdf>.

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

## We Are Glad You Asked!

*affected by these changes in order to retract payment for claims already paid or retroactively payclaims. However, contractors will adjust claims that you bring to their attention.*

### Additional Information

*You can see the official instruction issued to your Medicare carrier, FI or A/B MAC by going to CR 5498, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1161CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5498/ Trans R1161CP / CR5498 / 01-24-07 / mlv rrc

## DUPLICADOS

Una cantidad significativa de las denegaciones debido a reclamaciones duplicadas ocurren porque el proveedor no está seguro si el contratista recibió su reclamación o no. Por lo que, procede a someter una reclamación nueva. El someter una reclamación nueva para servicios que ya se procesaron o están en proceso, se denegarán como duplicado. Se recomienda que los proveedores participantes del programa Medicare Parte B verifiquen su reclamación a través de nuestro Sistema de Respuesta Automatizada (IVR, según sus siglas en inglés). El sistema de IVR indica la fecha en que la reclamación fue entrada a nuestro sistema; si se pago o denegó y el por qué y si aún están en proceso.

Además, si usted esta facturando en papel, se toma 29 días para procesar esta reclamación a partir de la fecha en que la recibió el contratista. Por otro lado, si la reclamación es electrónica se tomará 13 días desde la fecha en que la misma entró al sistema. Por lo tanto, le exhortamos a que no vuelva a someter la reclamación al menos que usted ha validado que no se recibió o si su Remesa de pago refleja un rechazo.

Si usted encuentra que su reclamación se ha tomado más tiempo de lo usual para ser procesada, puede que la misma está detenida pendiente de desarrollo por el contratista. Esto es por ejemplo, si el contratista le solicitó información adicional para aclarar detalles de su reclamación. En este caso, usted puede solicitar asistencia del Representante de servicios al 1-877-715-1921.

## DUPLICATES

*A significant amount of denials due to duplicate claims occur because providers are unsure of whether their claims have been received by the contractor or not. Therefore, they proceed to submit a new claim.*

*Submitting a new claim for services that have been processed or are in the course of being processed will be denied as a duplicate claim. Therefore, it is recommended that those providers who are participants of the Medicare Part B Program verify the claim status through our Interactive Voice Response System (IVR). The IVR system indicates the date in which the claim was entered; if it was paid or denied and why; as well as, whether if it's still being processed.*

*If you are billing in paper, it takes 29 days to process this claim from the date the Carrier receives it. Furthermore, if the claim is electronic it will take 13 days from the date entered into the system. Therefore, we urge you not to resubmit a claim unless you validate that it has not been received or verify that your remittance notice reflects a rejection.*

*Please be advised that if you find that your claim has taken more time than usual to be processed, it may be that the claim is being held pending development. For instance, the contractor may request that you submit information to clarify details of your claim. In this case, you can request assistance from a Customer Service Representative by calling 1-877-715-1921.*

abr 03-29-07

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### TIEMPO LÍMITE PARA SOMETER RECLAMACIONES NUEVAS

El Medicare Carrier Manual establece una fecha límite dentro de la cual una reclamación puede ser sometida a Medicare. Usted tiene un mínimo de 15 meses y hasta un máximo de 27 para someter sus reclamaciones.

La tabla a continuación ilustra las fechas límites para someter reclamaciones a tiempo conforme las fechas de servicio tomando en consideración cada mes calendario.

Fecha de Servicio	enero	feb.	marzo	abril	mayo	junio
<b>Fecha de vencimiento</b>	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año
<b>Meses para someter</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
Fecha de Servicio	julio	agosto	sept.	oct.	nov.	dic.
<b>Fecha de Vencimiento</b>	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 1 año	31-dic. el año en curso más 2 años	31-dic. el año en curso más 2 años	31-dic. el año en curso más 2 años
<b>Meses para someter</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>24</b>
Date of Service	Jan.	Feb.	March	April	May	June
<b>Time Filling Date</b>	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year
<b>Months to file</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
Date of Service	July	August	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
<b>Time Filling Date</b>	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 1 year	Dec.-31 Services Year Plus 2 years	Dec.-31 Services Year Plus 2 years	Dec.-31 Services Year Plus 2 years
<b>Months to file</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>24</b>

Una radicación a tiempo, por definición, es aquella reclamación que pasa por los éditos que identifica que la misma esta completa y valida, y entonces es aceptada en el proceso de adjudicación. En este momento, la reclamación recibe una fecha de recibo permanente que pasa a formar parte de la historia de dicha reclamación.

Para más detalles, refiérase al Medicare Claims Processing Manual en el portal de CMS (Internet Only Manual IOM-100-4 Ch. 1 Sec.70) o puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Proveedor al 1-877-715-1921.

## We Are Glad You Asked!

### TIME LIMIT NEW CLAIM SUBMISSION

*The Medicare Carriers Manual establishes a time limit for submitting claims to Medicare. You have a minimum of 15 months and a maximum of 27 months to submit your claims.*

*The table that follows illustrates the timely filing limit for dates of service taking into consideration each calendar month.*

*Timely submission, as defined above, is considered to be a filed claim that passes edits for completeness and validity; then the claim is accepted into Medicare's adjudication processes. At this point, the submission receives a permanent receipt date that remains part of the claim record.*

*For complete details, refer to the Medicare Claims Processing Manual at the CMS website (Internet Only Manual IOM- 100-4 Ch. 1 Sec.70) or call our Provider Contact Center at 1-877-715-1921.*

SNP-03/13/07



## 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 2 de abril de 2007:

## 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 April 2, 2007:*

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	1/13/2009
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
Dr. Ricardo E. Sánchez Ortiz	400 Roosevelt Ave. Clínica Las Américas San Juan, PR 00918	3/1/2007	2/28/2009
<b>U.S. Virgin Islands</b>			
Dr. Roy Schneider	Suite 209 Sugar Estate St. Thomas, VI 00802	6/29/2005	6/28/2007
Dr. Brian C. Cheetham	Ste. A211 VI Med Foundation 9150 Estate Thomas St. Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2009
Dr. Angela W. Lui	Ste. A211 VI Med Foundation 9150 Estate Thomas St. Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2009

Rev. April 02, 2007/SS-SC-Contract Section

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### REVISIÓN DEL ARTÍCULO MM5271 DEL VOLUMEN 89

En la página 35 del Vol. 89, bajo el título **Aclaración de las Excepciones a las limitaciones financieras de Terapias Ambulatorias** en la sección de *Información Adicional*, las siguientes referencias y direcciones web de CMS se omitieron inadvertidamente:

- El *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Sección 10.2 (The Financial Limitation); Esta información está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1106Cp.pdf>.
- El *Medicare Program Integrity Manual*, Capítulo 3 (Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions), Sección 3.4.1.1.1 (Exception from the Uniform Dollar Limitation ("Therapy Cap")). Esta información está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R171PI.pdf>; y,
- El *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, Sección 220.3 (Documentation Requirements for Therapy Services). Esta información está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R60BP.pdf>.

Estas revisiones manuales incluyen numerosos cambios adicionales y aclaraciones.

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

Lamentamos cualquier inconveniente que esta omisión les pudo haber causado.

## Information and Education Resources for Providers

### REVISION TO ARTICLE MM5271 FROM VOLUME 89

On page 35, Vol. 89, in the Additional Information Section of the article **Outpatient Therapy Cap Exceptions Clarifications**, the following references and web addresses were inadvertently omitted:

- *The Medicare Claims Processing Manual*, Chapter 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), section 10.2 (The Financial Limitation); (Available at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1106Cp.pdf>.)
- *The Medicare Program Integrity Manual*, Chapter 3 (Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions), Section 3.4.1.1.1 (Exception from the Uniform Dollar Limitation ("Therapy Cap")). (Available at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R171PI.pdf>.); and,
- *The Medicare Benefit Policy Manual*, Chapter 15, Section 220.3 (Documentation Requirements for Therapy Services.) Available at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R60BP.pdf> on the CMS site.

These manual revisions include numerous additional changes and clarifications.

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

We apology for any inconvenience this omission may have caused.

MM5271-moa/rr

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### CORRECCIONES Y REVISIONES DE CMS A ARTÍCULOS MEDICARE LEARNING NETWORK MATTERS PUBLICADOS ANTERIORMENTE

- **MLN5060 (Publicado anteriormente en el Volumen 88 del Medicare Informa)** – Este artículo se revisó el 9 de febrero de 2007 para aclarar el lenguaje en la primera enumeración bajo Guías de Facturación. La enumeración ahora lee: “Cuando el número de NPI esté vigente (23 de mayo de 2007, aunque puede reportarse a partir del 1 de enero de 2007) y el servicio facturado requiera someter un NPI, las reclamaciones se rechazarán (en la mayoría de los casos con el código de razón 16 – “la reclamación/servicio carece de la información necesaria para su adjudicación”) seguido del código de comentario apropiado que especifique la información que falta.”
- **MLN5259 (Publicado anteriormente en el Volumen 89 del Medicare Informa)** - Este artículo se revisó el 29 de enero de 2007 para alertar a los médicos participantes que la dosis tiene que codificarse también en el campo 19 de la reclamación en papel o en el segmento NTE del “Loop” 2300 en las reclamaciones electrónicas. El resto de la información permanece igual.
- **MLN5271 (Publicado anteriormente en el Volumen 89 del Medicare Informa)** – Este artículo se revisó para incluir la siguiente nota: Una legislación reciente extendió las excepciones a los límites de terapia al año calendario 2007. Para detalles sobre las excepciones y los procesos del 2007 vea el artículo MLN Matters MM5478 en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5478.pdf> en el sitio web de CMS.

## Information and Education Resources for Providers

### CMS CORRECTIONS AND REVISIONS TO MEDICARE LEARNING NETWORK MATTERS ARTICLES PREVIOUSLY PUBLISHED

- **MLN5060 (Published previously in Medicare Informa Volume 88)** - This article was revised on February 9, 2007, to clarify the language in the first bullet point under “Billing Guidelines”. The bullet now reads:  
  
*“When the NPI number is effective (May 23, 2007, although it can be reported starting January 1, 2007) and the billed service requires the submission of an NPI, claims will be rejected (in most cases with reason code 16 – “claim/service lacks information that is needed for adjudication”) in tandem with the appropriate remark code that specifies the missing information,”*
- **MLN5259 (Published previously in Medicare Informa Volume 89)** - This article was revised on January 29, 2007, to alert participating physicians that the dose of the drug should be coded also in item 19 of paper claims or Loop 2300 segment NTE on electronic claims. All other information remains the same.
- **MLN5271 (Published previously in Medicare Informa Volume 89)** – This article was revised to include the following note: Recent legislation extended the therapy cap exceptions for calendar year 2007. For details on the 2007 exceptions and process, see the MLN Matters article MM5478 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5478.pdf> on the CMS site.

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **MLN5421 (Publicado anteriormente en el Volumen 89 del Medicare Informa)** – Este artículo se revisó el 9 de febrero de 2007 para corregir la serie de códigos ICD-9 de 880.00-887.79 a la serie correcta 880.00-887.7. Esta serie corregida debe reemplazarse en la segunda enumeración del cuarto párrafo que comienza con la oración, “Los siguientes requisitos estarán vigentes a partir del 24 de octubre de 2006”. El número de “Transmittal”, la fecha de emisión y la dirección electrónica para acceder el CR5421 también se revisaron. El resto de la información permanece igual.

## Information and Education Resources for Providers

- **MLN5421 (Published previously in Medicare Informa Volume 89)** - This article was revised on February 9, 2007, to correct the range of ICD-9 codes from 880.00-887.79 to 880.00-887.7. This corrected range should be replaced at the second bullet of the fourth paragraph that begins with the sentence, “The following requirements are in effect as of October 24, 2006”. The CR transmittal number, release date, and Web address for accessing CR5421 were also revised. All other information remains the same.

RR-4-23-07

## ACTUALIZACIÓN DEL GRUPO DE CÓDIGOS DE LUGAR DE SERVICIO PARA AÑADIR UN CÓDIGO PARA INSTITUCIONES PENALES

Esta petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) añade un código nuevo de lugar de servicio para instituciones penales al grupo de códigos de lugar de servicio y lleva a cabo los cambios necesarios al sistema para incluir el mismo. Además, este CR hace cambios menores al formato del grupo de códigos, tal como está presentado en el manual de procesamiento de reclamaciones para facilitar la lectura y comprensión de las fechas de vigencia del código. Nota: Más adelante VMS estará llevando a cabo los cambios necesarios al sistema, bajo un CR separado.

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/MLNMattersArticles/downloads/MM4316.pdf>

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

## UPDATE TO THE PLACE OF SERVICE (POS) CODE SET TO ADD A CODE FOR PRISON/ CORRECTIONAL FACILITY

*This CR adds a new Place of Service code for Prison/Correctional Facility to the Place of Service Code Set and makes the necessary systems changes to accommodate it. In addition, this CR makes minor formatting changes to the code set as presented in the Claims Processing manual to ease readability and comprehension of code effective dates. Note: VMS will be making the necessary systems changes during a later release, under a separate CR.*

*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/MLNMattersArticles/downloads/MM4316.pdf> on the CMS website.*

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

CR4316/Trans.1049/MM4316-ab

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### DESPLIEGUE DEL TIPO DE PLAN DE PARTE C EN EL “COMMON WORKING FILE” (CWF) DE MEDICARE

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que acceden data de elegibilidad de los beneficiarios de Medicare por medio de las pantallas de elegibilidad del “Common Working File” (CWF) (por ejemplo: HUQA, HIQA, HIQH, ELGA, ELGB, ELGH).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Manténgase al tanto con la lista de Descripciones del Tipo de Plan MA que se están desplegando en el sistema CWF de Medicare. Es crucial mantenerse al tanto del tipo de plan MA, especialmente para aquellos beneficiarios que están suscritos a planes Privados de Pago por Servicio (PFFS por sus siglas en inglés).

Existe un directorio de planes muy detallado que contiene la lista de todos los contratos activos de Medicare con el tipo de plan correspondiente. Este directorio está publicado en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MCRAdvPartDEnrolData/>

#### Trasfondo

Cuando usted solicita información de Medicare con respecto al derecho y elegibilidad de un beneficiario, el sistema CWF de Medicare responde con información sobre el número de contrato de Cuidado Dirigido de Medicare bajo el cual el beneficiario está suscrito, incluyendo la descripción del tipo de plan asociado con el contrato. Actualmente, el CWF clasifica y despliega como “HMO” a estos contratos. En muchos casos, la etiqueta “HMO” está incorrecta ya que la lista de los posibles tipos de planes ha aumentado considerablemente desde la creación del programa *Medicare Advantage*.

Por ejemplo, bajo el programa MA de la Parte C, los beneficiarios de Medicare pueden suscribirse en los planes Privados de Pago por Servicio (PFFS por sus siglas en inglés). Los planes PFFS son muy diferentes del tipo de plan MA HMO tradicional.

## Information and Education Resources for Providers

### PART C PLAN TYPE DESCRIPTION DISPLAY ON MEDICARE'S COMMON WORKING FILE (CWF)

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who access Medicare beneficiary eligibility data through CWF eligibility screens (e.g. HUQA, HIQA, HIQH, ELGA, ELGB, ELGH).*

#### Provider Action Needed

*Be aware of the expanded list of MA Plan Type Descriptions that are being displayed by Medicare's CWF system. Being aware of the MA plan type is crucial, especially for those beneficiaries who are enrolled in Private Fee-For-Service (PFFS) plans.*

*A plan directory, which is quite descriptive, contains the list of all active Medicare contracts and their corresponding plan type. The directory is posted at the following URL: <http://www.cms.hhs.gov/MCRAdvPartDEnrolData/>*

#### Background

*When you query Medicare regarding a beneficiary's entitlement and eligibility, Medicare's CWF system responds with information on the Medicare managed care contract number in which a beneficiary is enrolled, including the plan type description associated with the contract. Currently, CWF largely displays the label “HMO” for these contracts. In many cases, the “HMO” label is incorrect since the list of possible plan type values has grown far larger since the creation of the Medicare Advantage program.*

*For example, under the MA Part C program, Medicare beneficiaries can enroll in Private Fee-for-Service (PFFS) plans. PFFS plans are very different from the more traditional MA HMO type plan.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### PLANES PFFS

Los planes PFFS generalmente no tienen una red específica de proveedores. Los suscriptores en un plan PFFS pueden obtener servicios cubiertos de cuidado de salud de ese plan de cualquier proveedor de Medicare FFS en los Estados Unidos que esté dispuesto a proveer servicios a un beneficiario de un plan PFFS. Es importante observar que no se le requiere al proveedor que provea servicios de cuidado de salud a los suscriptores de un plan PFFS.

En la mayoría de los casos, un suscriptor de un plan PFFS notificará al proveedor, antes de obtener el servicio, que está suscrito en un plan PFFS. Además, el suscriptor PFFS tendrá una tarjeta de suscripción que le suministra el plan PFFS, que le identifica como suscriptor de un plan PFFS. La tarjeta especificará un número de teléfono y/o una dirección Web donde el proveedor puede obtener información sobre los términos del plan PFFS y las condiciones para los participantes.

Como mínimo, los términos y condiciones especificarán:

- La cantidad que la organización PFFS pagará por todos los servicios cubiertos por el plan;
- Procedimientos de facturación del proveedor, incluyendo:
  - La cantidad que el proveedor puede cobrar del suscriptor; y
  - Si el proveedor necesita autorización previa de la organización PFFS antes de prestar un servicio en particular.

Se requiere que una organización PFFS mantenga sus términos y condiciones de participación razonablemente disponible a los proveedores en los Estados Unidos, de donde los suscriptores en el plan pueden buscar servicios de cuidado de salud. Esto generalmente significa que la organización que ofrece el plan PFFS publicará sus términos y condiciones en un sitio Web y que también los tendrá disponibles por escrito o por teléfono, en caso de que se les soliciten.

## Information and Education Resources for Providers

### PFFS PLANS

*PFFS plans generally have no plan specific provider network. Enrollees in a PFFS plan can obtain plan covered health care services from any Medicare FFS enrolled provider in the U.S. who is willing to furnish services to a PFFS plan beneficiary. It is important to note that a provider is not required to furnish health care services to enrollees of a PFFS plan.*

*In most cases, a PFFS enrollee will inform a provider before obtaining a service that they are enrolled in a PFFS plan. In addition, the PFFS enrollee will have an enrollment card provided by the PFFS plan identifying them as enrollees in a PFFS plan. The card will specify a phone number and/or a web address where the provider can obtain the PFFS plan's terms and conditions of participation.*

*At a minimum, the terms and conditions will specify:*

- *The amount the PFFS organization will pay for all plan-covered services;*
- *Provider billing procedures, including*
  - *The amount the provider is permitted to collect from the enrollee; and*
  - *Whether the provider must obtain advance authorization from the PFFS organization before furnishing a particular service.*

*A PFFS organization is required to make its terms and conditions of participation reasonably available to providers in the U.S. from whom its enrollees seek health care services. This generally means that the organization offering the PFFS plan will post its terms and conditions on a web site and also make them available upon written or phoned request.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Para poder cobrarle a una organización PFFS, el proveedor debe enviar su factura a la dirección (o dirección electrónica) provista en los términos y condiciones de participación del plan PFFS.

Para más información detallada con respecto a los planes PFFS y cómo se relacionan con los proveedores, refiérase al documento “*Provider Q&A*” que se encuentra disponible para ser descargado en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/PrivateFeeForServicePlans/>

### Información Adicional

Si usted tiene preguntas sobre el plan de un paciente suscrito en un Plan de Medicare MA específico, debe comunicarse con ese plan.

Un directorio de plan y un directorio con contactos para asuntos de procesamiento de reclamaciones están disponibles en el sitio Web de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/MCRAdvPartDEnrolData/>. CMS actualiza este sitio Web mensualmente.

Puede ver la instrucción oficial (CR5349) enviada a su FI, Contratista de la Parte B, MAC, DMERC o RHHI en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1175CP.pdf>.

Para ver un artículo relacionado que explica el intercambio de datos y los cambios al despliegue de datos del “Common Working File” (CWF) de la Parte C de Medicare (Medicare Advantage Managed Care) acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5118.pdf>.

## Information and Education Resources for Providers

*To be paid by a PFFS organization, the provider must send their bill to the address (or electronic address) provided in the PFFS plan’s terms and conditions of participation.*

*For more detailed information on PFFS plans as they relate to providers, see the “Provider Q&A” Downloadable document on <http://www.cms.hhs.gov/PrivateFeeForServicePlans/>*

### Additional Information

*If you have questions regarding the plan of a specific Medicare MA enrolled patient, you may wish to contact that plan. A plan directory and MA claims processing contact directory are available at <http://www.cms.hhs.gov/MCRAdvPartDEnrolData/> on the CMS website. CMS updates this site on a monthly basis.*

*To view the official instruction (CR5349) issued to your Medicare FI, carrier, MAC, DMERC or RHHI, visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1175CP.pdf> on the CMS website.*

*To review a related article that explains Medicare’s Common Working File (CWF) Part C (Medicare Advantage Managed Care) Data Exchange and Data Display Changes go to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5118.pdf> on the CMS website.*

Rev. 03-27-07/ Trans R1175CP/CR5349/02-02-07/mlv rrc

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### NUEVO SITIO WEB PARA INFORMACIÓN SOBRE CUIDADO A LARGO PLAZO DEL “HHS NATIONAL CLEARINGHOUSE”

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores, así como el personal de apoyo que proveen servicios a los beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo de Edición Especial tiene propósitos informativos y el mismo puede ayudar a los proveedores al momento de aconsejar a sus pacientes sobre el cuidado a largo plazo. Este artículo anuncia que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés), ha desarrollado una página Web para el consumidor con el fin de ayudar a los beneficiarios de Medicare a preparar una estrategia segura para sus futuras necesidades de cuidados de salud. Los recursos en este nuevo sitio Web incluyen un “kit” de Planificación de Cuidado a Largo Plazo así como información detallada sobre las necesidades de cuidado a largo plazo; planificación “paso por paso”; y preparación financiera. Este “kit” de planificación a largo plazo es gratuito y los recursos para comenzar el proceso de planificación están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.longtermcare.gov>. También puede ordenarlos por teléfono, llamando al 1-866-PLAN-LTC (1-866-752-6582). Usuarios con necesidades auditivas especiales (TTY) deben llamar al 800-427-5605.

#### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), publican este artículo de Edición Especial para notificarle que el Centro (Clearinghouse) Nacional de Información sobre Cuidado a Largo Plazo se encuentra en un nuevo sitio Web, fácil de usar, que provee información objetiva y detallada sobre cómo entender, planificar y pagar por sus necesidades de cuidado a largo plazo. Este importante sitio

## Information and Education Resources for Providers

### THE NEW HHS NATIONAL CLEARINGHOUSE FOR LONG-TERM CARE INFORMATION WEBSITE

#### Provider Types Affected

*Physicians and providers and their staff who provide services to Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*This special edition article is for informational purposes and may assist providers when counseling their patients regarding long-term care. The article announces that the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) has developed a consumer website to help beneficiaries carefully prepare a safe and secure strategy for their future healthcare needs. Resources on the new website include a Long-Term Care Planning Kit and detailed information on what long term care needs are; step-by-step planning; and financial preparation. The free Long-Term Planning Kit and resources to start the planning process can be found at <http://www.longtermcare.gov>. The planning kit may also be ordered by phone by calling 1-866-PLAN-LTC (1-866-752-6582). TTY users should call 800-427-5605.*

#### Background

*This special edition article is being provided by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to inform you that the National Clearinghouse for Long-Term Care Information is a new user-friendly consumer website that provides in-depth objective information on understanding, planning, and paying for long-term care. This important*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Web es un esfuerzo de colaboración entre la Administración para Asuntos de la Vejez (*Administration on Aging* [AoA]), CMS y la Oficina del Asistente del Secretario de Planificación y Evaluación (ASPE por sus siglas en inglés), y fue desarrollado como parte del *Deficit Reduction Act* (DRA) del 2005 (Sección 6021(d)) que asignaba fondos al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para ayudar a los beneficiarios de Medicare a tomar un rol activo en la planificación de su futuro.

El Centro Nacional de Información sobre Cuidado a Largo Plazo presenta en su sitio Web información y herramientas para ayudar a las personas a entender mejor los riesgos y los costos asociados con el cuidado a largo plazo (<http://www.longtermcare.gov>), y esto forma parte de un esfuerzo continuo para aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la planificación previa de sus necesidades futuras de cuidado a largo plazo. Dado que una de las más grandes barreras en la planificación es la falta de información sobre el cuidado a largo plazo, el sitio Web está diseñado para proveer al público información confiable y los recursos que van a necesitar para tomar un rol activo en la planificación de sus posibles necesidades futuras de salud.

Con énfasis en la importancia de la planificación futura, este sitio Web provee una serie de recursos y herramientas interactivas para ayudar a las personas a prepararse para sus necesidades futuras en términos de salud, incluyendo:

- Información objetiva sobre **opciones específicas para la planificación de cuidado a largo plazo**, incluyendo los aspectos positivos y los negativos de las opciones de financiamiento privado, como lo son el uso de ahorros personales, seguro de cuidado a largo plazo, hipotecas revertidas y otras opciones;
- Información detallada sobre la **disponibilidad y limitaciones de Medicaid** en todos los estados, incluyendo elegibilidad y requisitos para recuperación de bienes.

## Information and Education Resources for Providers

*website is a collaborative effort between the Administration on Aging (AoA), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), and the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), and it was developed as part of the Deficit Reduction Act (DRA) of 2005 (Section 6021 (d)) which allocated funds to the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) to help Americans take an active role in planning for their future.*

*Located at <http://www.longtermcare.gov>, the Clearinghouse website features information and tools to help people better understand the risks for and the costs of long-term care, and it is part of ongoing efforts to increase public awareness about the importance of advance planning for future long-term care needs. Given that one of the biggest barriers to planning is misinformation about long-term care, the Clearinghouse website is designed to provide people with the trusted information and resources they need to take an active role in planning for possible future health care needs.*

*With an emphasis on the importance of future planning, the website provides a number of resources and interactive tools to help people prepare for their future healthcare needs including:*

- *Objective information on **specific long-term care planning options**, including the pros and cons of private financing options such as personal savings, long-term care insurance, reverse mortgages, and other options;*
- *In-depth information on the **availability and limitations of Medicaid** in all states, including eligibility and estate recovery requirements;*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Programas de Socios (“partnership”) de seguro de cuidado a largo plazo para ciertos estados** bajo el programa Medicaid.
- **Planificación de recursos** que incluyen un calculador interactivo de ahorros, información sobre los costos de cuidado de salud a través de los Estados Unidos, y ejemplos que demuestran cómo otros individuos han planificado de manera exitosa; y
- **Información de contactos a nivel nacional y estatal** para acceso a una amplia gama de programas de cuidado a largo plazo y servicios de planificación.

Este sitio Web también incluye un “kit” de Planificación de Cuidado a Largo Plazo, inicialmente desarrollado para la Campaña “Aduénate de tu Futuro” (“*Own Your Future*”). Puede encontrar información sobre esta campaña en el artículo de Edición Especial SE0671, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0671.pdf>.

Una encuesta demostró que los consumidores que recibieron el “kit” de Planificación de Cuidado a Largo Plazo tuvieron más del doble de posibilidades de tomar algún tipo de acción de planificación, incluyendo la evaluación de su cubierta existente, hablando con un planificador financiero, adquiriendo seguro de cuidado a largo plazo, o considerando una hipoteca revertida comparado con aquellos que no recibieron el “kit”. El mismo se puede obtener visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS, <http://www.longtermcare.gov>, o puede ordenarlo llamando al 1-866-PLAN-LTC. También puede ordenar el “kit” o descargarlo desde el siguiente sitio Web: <http://www.aoa.gov/ownyourfuture>.

### Información Adicional

Si desea más información sobre la campaña “Aduénate de tu Futuro” (“*Own Your Future*”), o información sobre Cuidado a Largo Plazo, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.longtermcare.gov>.

## Information and Education Resources for Providers

- **State-specific long-term care insurance Partnership Programs** under Medicaid;
- **Planning resources** that include an interactive savings calculator, information on the costs of care across the United States, and examples illustrating how individuals have planned successfully; and
- **State and national contact information** for a range of long-term care programs and planning services.

The website also includes the Long-Term Care Planning Kit, initially developed for the “Own Your Future” Campaign. Information regarding this campaign is in MLN Matters article SE0671, located at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0671.pdf> on the CMS site.

A survey showed that consumers who received the Long-Term Care Planning Kit were twice as likely to take some type of planning action, including evaluating their existing coverage, talking to a financial planner, buying long-term care insurance, or considering a reverse mortgage, as those who did not receive the Planning Kit. The Planning Kit can be ordered or downloaded on the Clearinghouse website at <http://www.longtermcare.gov>, as well as calling 1-866-PLAN-LTC. It can also be ordered or downloaded at <http://www.aoa.gov/ownyourfuture>.

### Additional Information

For more information about the “Own Your Future” campaign and the National Clearinghouse for Long-Term Care Information, please visit <http://www.longtermcare.gov>.

Pub. SE0680/ Trans N/A / SE0680 / Date N/A / mlv rrc

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### REVISIONES A PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECER JUSTA CAUSA Y JURISDICCIONES DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES CUALIFICADOS (QIC)

#### Tipos de Proveedor Afectados

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

#### Trasfondo

El propósito de este CR5386 es notificarles a los proveedores y suplidores sobre las jurisdicciones reestructuradas de los **Contratistas Independientes Cualificados (QIC, por sus siglas en inglés) DME de la Parte B**. Bajo las nuevas jurisdicciones, tres QICs procesarán reconsideraciones de la siguiente manera:

- Dos QICs procesarán las reconsideraciones de los Contratistas de la Parte B y las redeterminaciones de Contratistas A/B MAC a partir del 15 de noviembre de 2006 para los contratistas que procesan reclamaciones en la jurisdicción Norte, y el 1 de enero de 2007 para contratistas que procesan reclamaciones en la jurisdicción Sur. Su contratista se referirá al QIC apropiado en la Notificación de Redeterminación de Medicare (MNR, por sus siglas en inglés). A fin de agilizar su solicitud de apelación, por favor, asegúrese de seguir las instrucciones en su MRN con respecto a dónde someter su solicitud para reconsideración.

## Information and Education Resources for Providers

### REVISIONS TO PROCEDURES TO ESTABLISH GOOD CAUSE AND QUALIFIED INDEPENDENT CONTRACTOR (QIC) JURISDICTIONS

#### Provider Types Affected

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

#### Background

*The purpose of CR 5386 is to notify providers and suppliers of the restructured **Part B/DME QIC** jurisdictions—Under the new jurisdictions, three QICs will process reconsiderations as follows:*

- *Two QICs will process reconsiderations of carrier and A/B MAC re-determinations effective November 15, 2006 for contractors that process claims in the North jurisdiction and January 1, 2007 for contractors that process claims in the South jurisdiction. Your contractor will reference the appropriate QIC in the Medicare Redetermination Notice (MRN). In order to expedite your request for appeal, please make sure you follow the instructions on your MRN regarding where to submit your request for reconsideration.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Si ya ha sometido una solicitud de reconsideración con el QIC incumbente, por favor, no someta una solicitud duplicada; y
- El tercer QIC procesará todas las reconsideraciones de los DMERCs y las redeterminaciones de los DME MACs vigente el 1 de diciembre de 2006.

### Puntos Clave

- Su contratista hará referencia al QIC apropiado con jurisdicción en la carta de redeterminación.
- Un QIC procesará todas las reconsideraciones de reclamaciones DME.
- Existen dos jurisdicciones QIC para reclamaciones Parte B: una jurisdicción Norte y una jurisdicción Sur.
- La jurisdicción QIC **Norte** incluye los siguientes estados: Alaska, Arizona, Maine, Vermont, New Hampshire, Massachusetts, Rhode Island, District of Columbia, New York, Pennsylvania, New Jersey, Delaware, Maryland, Ohio, Kentucky, Indiana, Illinois, Michigan, Wisconsin, Minnesota, Missouri, Iowa, Washington, Oregon, Nevada, Idaho, Wyoming, Montana, California, Utah, Kansas, Nebraska, Dakota del Sur, Dakota del Norte, Hawaii, American Samoa, Guam, y las Islas Marianas del Norte.
- La jurisdicción QIC **Sur** incluye los siguientes estados: Colorado, Connecticut, Nuevo Mexico, Texas, Oklahoma, Arkansas, Louisiana, Mississippi, Tennessee, Alabama, Georgia, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Virginia, West Virginia, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes Norteamericanas.

### Información Adicional

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

Para detalles completos sobre esta Petición de Cambio (CR), puede ver la instrucción oficial (CR5386) enviada a su Contratista Administrativo A/B MAC, FI, Contratista de la Parte B, RHHI,

## Information and Education Resources for Providers

- *If you have already submitted a reconsideration request with the incumbent QIC, please do not submit a duplicate request.; and*
- *The third QIC will process all reconsiderations of DMERC and DME MAC re-determinations effective December 1, 2006.*

### Key Points

- *Your contractor will reference the appropriate QIC with jurisdiction in the redetermination letter.*
- *One QIC will process all reconsiderations of DME claims.*
- *There are two QIC jurisdictions for Part B claims: a North jurisdiction and a South jurisdiction.*
- **The North** QIC jurisdiction includes the following states: Alaska, Arizona, Maine, Vermont, New Hampshire, Massachusetts, Rhode Island, District of Columbia, New York, Pennsylvania, New Jersey, Delaware, Maryland, Ohio, Kentucky, Indiana, Illinois, Michigan, Wisconsin, Minnesota, Missouri, Iowa, Washington, Oregon, Nevada, Idaho, Wyoming, Montana, California, Utah, Kansas, Nebraska, North Dakota, South Dakota, Hawaii, American Samoa, Guam, and the Northern Marianas Islands.
- **The South** QIC jurisdiction is comprised of the following states: Colorado, Connecticut, New Mexico, Texas, Oklahoma, Arkansas, Louisiana, Mississippi, Tennessee, Alabama, Georgia, Florida, North Carolina, South Carolina, Virginia, West Virginia, Puerto Rico, and Virgin Islands.

### 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 (CR5386) issued to your Medicare A/B MAC, FI,*

*Cont. on next page*

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

DMERC o DME MAC. Esa instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1136CP.pdf>.

Si necesita más información de apoyo que brinde detalles sobre el proceso general de apelaciones en determinaciones iniciales, refiérase al artículo MLN Matters MM4019, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4019.pdf>.

El artículo MLN Matters MM3530 (disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3530.pdf>) provee una explicación detallada del término “vacate a dismissal”, así como más información de trasfondo sobre el proceso del segundo nivel de apelaciones para reclamaciones de la Parte A y la Parte B, conocido como “reconsideraciones”.

## Information and Education Resources for Providers

carrier, RHHI, DMERC or DME MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1136CP.pdf> on the CMS website.

For additional supporting information that details the general appeals process in initial determinations please see MLN Matters article MM4019 at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4019.pdf> on the CMS website.

MLN Matters article MM3530, which can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3530.pdf> on the CMS website, provides a detailed explanation of the term ‘vacate a dismissal’ as well as more background information about the second level of appeals process for Medicare Part A and Part B claims called “reconsiderations.”

Pub. MM5386/ Trans R1136CP / CR5386 / 12-22-06 / mlv rrc

### ASUNTOS RELACIONADOS AL SISTEMA DE ELEGIBILIDAD DE LOS PROGRAMAS MEDICARE ADVANTAGE (MA) Y MEDICARE “FEE-FOR-SERVICE”

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores 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).

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Sepa que Medicare revierte los pagos FFS cuando las suscripciones de los programas Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés) con fechas retroactivas se procesan por los sistemas de CMS. También observe qué acción debe tomar cuando existen conflictos en la data de elegibilidad en CMS.

### MEDICARE FEE-FOR-SERVICE (FFS) AND MEDICARE ADVANTAGE (MA) ELIGIBILITY SYSTEM ISSUES

#### Provider Types Affected

Physicians and providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs).

#### Provider Action Needed

Be aware that Medicare reverses FFS payments when MA enrollments with retroactive dates are processed by CMS systems. Also know what action to take when there are conflicts in CMS eligibility data.

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### Trasfondo

En algunos casos, las suscripciones MA con fechas retroactivas se procesan por los sistemas de CMS. Como resultado de esto, puede que Medicare pague dos veces por los servicios prestados: una vez bajo el Sistema de Tarifa Fija (Fee-for-Service), y una segunda, bajo los sistemas de pago de MA en la tarifa per cápita mensual del plan.

El contratista FFS revierte el pago de tarifa fija (FFS), recupera el mismo por parte del proveedor, y el proveedor entonces factura al plan MA. El plan adjudica la reclamación y paga la reclamación a base de la tarifa del plan (si el proveedor forma parte de la red), o paga al proveedor a base de la tarifa fija de Medicare, en caso de que el proveedor no sea parte de la red. Si el plan deniega el pago, entonces el proveedor puede facturarle al beneficiario.

### Reclamaciones FFS Pagadas Erróneamente

Debido a las actualizaciones del sistema de elegibilidad de beneficiarios de CMS, puede que se identifique a beneficiarios inscritos en organizaciones MA como que recibieron pagos erróneamente a base del sistema de tarifa fija (FFS). Los FIs, Contratistas de la Parte B y Contratistas A/B MACs ajustarán estas reclamaciones y solicitarán que se les reembolse los pagos indebidos. En aquellos casos en que se recupera un sobrepago del proveedor, el aviso de pago relacionado para el ajuste de la reclamación indicará el Código de Razón 24, que lee: "Pago por ajuste en cargos. Los cargos están cubiertos bajo un acuerdo de pago per cápita/plan de cuidado dirigido." *"Payment for charges adjusted. Charges are covered under a capitation agreement/managed care plan"*

Siempre que CMS revierte los pagos de servicio de tarifa fija (FFS) como resultado de la confirmación de una suscripción retroactiva en un plan MA, el proveedor debe facturarle al plan MA. El plan adjudica la reclamación y paga la misma de acuerdo a la tarifa del plan (si el proveedor es parte de la red); o paga al

## Information and Education Resources for Providers

### Background

*In some cases, MA enrollments with retroactive dates are processed by CMS systems. The result is that Medicare may pay for the services rendered twice; once under fee-for-service and second by the MA payment systems in the monthly capitation rate to the plan.*

*The FFS contractor reverses the fee-for-service payment, recovers from the provider, and the provider then bills the MA plan. The plan adjudicates the claim and pays the claim at the plan's rate (if the provider is part of the network) or pays the provider at the Medicare fee-for-service rate if the provider is not part of the network. If the plan denies payment then the provider may bill the beneficiary.*

### FFS Claims Paid in Error

*Due to CMS beneficiary eligibility system updates, beneficiaries enrolled in MA organizations may be identified as having been inappropriately paid on a fee-for-service basis. FIs, carriers, and A/B MACs will adjust these claims and seek overpayments. Where such an overpayment is recovered from a provider, the related remittance advice for the claim adjustment will indicate Reason Code 24, which states: "Payment for charges adjusted. Charges are covered under a capitation agreement/managed care plan".*

*Whenever CMS reverses fee-for-service payments as a result of confirmed retroactive enrollment in an MA plan, the provider must bill the MA plan. The plan adjudicates the claim and pays the claim at the plan's rate (if*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

proveedor de acuerdo a la tarifa de servicio de tarifa fija (FFS) (si el proveedor no es parte de la red). Si el plan deniega el pago, entonces el proveedor puede facturarle al beneficiario.

Puede determinar cuál plan debe contactar mediante una indagación sobre elegibilidad o poniéndose en contacto directamente con el beneficiario. Para que pueda asociar los números de identificación del plan con el nombre del plan, diríjase al) enlace en el sitio We CMS: [http://www.cms.hhs.gov/HealthPlansGenInfo/claims\\_processing\\_20060120.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/HealthPlansGenInfo/claims_processing_20060120.asp#TopOfPage).

Los representantes que le atienden cuando usted llama al 1-800-MEDICARE (Centro de Llamadas para beneficiarios de Medicare), han sido adiestrados para contestar todas las preguntas que puedan tener los beneficiarios en estas situaciones.

### Acción de Parte del Proveedor: Discrepancias en la Data de Elegibilidad

A pesar de las correcciones hechas al sistema, todavía queda un pequeño número (menos de 1000) de récords de elegibilidad de beneficiarios que no han sido actualizados. CMS está trabajando en esto para corregirlo. Mientras tanto, si un proveedor tiene información del plan MA que conflige con la información recibida de parte de un FI, Contratista de la Parte B, o Contratista A/B MAC como respuesta a una indagación de elegibilidad, el proveedor debe llamar al Centro de Llamadas del FI/Contratista de la Parte B/Contratista A/B MAC.

El representante del Centro de Llamadas verificará el sistema de Common Working File (CFW) de Medicare y si se confirma el conflicto, el proveedor será referido a la Oficina Regional de CMS para su resolución.

### Información Adicional

Su llamada al FI, Contratista de la Parte B, o Contratista A/B MAC es una llamada sin cargos. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Information and Education Resources for Providers

*the provider is part of the network) or pays the provider at the fee-for-service rate if the provider is not part of the network. If the plan denies payment then the provider may bill the beneficiary.*

*Information on which plan to contact can be determined through an eligibility inquiry or by contacting the beneficiary directly. To associate plan identification numbers with the plan name, go to [http://www.cms.hhs.gov/HealthPlansGenInfo/claims\\_processing\\_20060120.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/HealthPlansGenInfo/claims_processing_20060120.asp#TopOfPage) on the CMS web site.*

*The Medicare beneficiary call center representatives at 1-800-MEDICARE have been trained to answer beneficiary inquiries that may arise in these situations.*

### Eligibility Data Discrepancies: Provider Action

*Despite system corrections, there remains a small number (under 1000) of beneficiary eligibility records that have not been updated. CMS is working to correct this. In the interim, if a provider has information from the MA plan that conflicts with information received from an FI, carrier, or A/B MAC in reply to an eligibility inquiry, the provider should call the FI/carrier/MAC provider call center.*

*The call center representative will check Medicare's Common Working File System and if the conflict is confirmed the provider will be referred to the CMS Regional Office for resolution.*

### Additional Information

*Your call to the FI, carrier, or A/B Mac is a toll free call. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. SE0681 / Trans N/A / N/A / N/A / mlv rrc

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ENCUESTA ANUAL DE MEDICARE SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS PROVEEDORES CON LOS CONTRATISTAS: ¡HAGA QUE SE ESCUCHE SU VOZ!

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores bajo el Sistema de Pago por Servicios Mediante Tarifa Fija (FFS por sus siglas en inglés), especialmente aquellos que reciben la Encuesta Anual de Medicare Sobre la Satisfacción de los Proveedores con los Contratistas.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publican este artículo de Edición Especial (SE por sus siglas en inglés) para alertar a los proveedores respecto a que en enero 2007 CMS estará diseminando la Encuesta Anual De Medicare Sobre La Satisfacción De Los Proveedores Con Los Contratistas (MCPSS por sus siglas en inglés) entre un nuevo grupo de muestra de Proveedores de Medicare. Si usted recibe la encuesta, CMS le exhorta a responder ya que su opinión es NECESARIA y se utilizará para dar apoyo a las mejoras en el procesamiento de reclamaciones de Contratistas FFS de Medicare, y también para hacer reformas al Programa Medicare.

#### Trasfondo

La encuesta MPCSS del 2007 está diseñada para que **pueda completarse en aproximadamente 15 minutos**; los proveedores pueden someter sus respuestas a través de un sitio Web protegido, por correo, fax, o por teléfono. CMS les pedirá a los proveedores que envíen sus respuestas no más tarde del mes de febrero de 2007.

El punto de vista de cada proveedor que participe de la encuesta es importante ya que éstos representan a muchas otras organizaciones similares en tamaño, tipo de práctica y ubicación geográfica.

## Information and Education Resources for Providers

### ANNUAL MEDICARE CONTRACTOR PROVIDER SATISFACTION SURVEY: MAKE YOUR VOICE HEARD!

#### Provider Types Affected

*All Medicare FFS providers, especially those receiving the 2007 Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey.*

#### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is publishing this Special Edition (SE) article to alert providers that in early January 2007 CMS will disseminate the 2007 Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS) to a new sample of Medicare providers. If you receive the survey, CMS encourages you to respond because your input is **NEEDED** and will be used to support claims processing improvement by Medicare fee-for-service (FFS) contractors and to reform the Medicare Program.*

#### Background

*The 2007 MPCSS survey is designed so that it **can be completed in about 15 minutes** and providers can submit their responses via a secure Web site, mail, fax, or over the telephone. CMS will ask providers to respond by February 2007.*

*The views of each provider in the survey are important because they represent many other organizations similar in size, practice type and geographical location.*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

El MCPSS se enfoca en siete aspectos principales de la relación proveedor-contratista:

- Comunicaciones con el proveedor
- Preguntas de los proveedores
- Procesamiento de reclamaciones
- Apelaciones
- Suscripción de proveedores
- Revisión médica
- Auditorías y reembolso de proveedores

Se les solicita a los que responden la encuesta que evalúen su experiencia trabajando con los contratistas FFS de Medicare utilizando una escala del 1 al 6, donde el "1" representa "nada satisfecho" y el "6" representa "completamente satisfecho".

### Información Adicional

Si desea obtener más información sobre el MCPSS y sobre los resultados de la encuesta del 2006, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/>.

## Information and Education Resources for Providers

*The MCPSS focuses on seven major aspects of the provider-contractor relationship:*

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

*Respondents are asked to rate their experience working with Medicare FFS contractors using a scale of 1 to 6, with "1" representing "not at all satisfied" and "6" representing "completely satisfied."*

### Additional Information

*More information about the MCPSS and results of the 2006 survey are available at <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/> on the CMS website.*

Pub. MM SE0702/ Trans N/A / N/A / N/A / mlv rrc

## CONTRATACIÓN PRIVADA – DEFINICIÓN DEL TÉRMINO MÉDICO/PROFESIONAL DE LA SALUD

### Tipos de Proveedores Afectados

Dietistas licenciados o profesionales en nutrición que proveen servicios a los beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5426 que actualiza el *Medicare Benefit Policy Manual* (Publicación 100-02, Capítulo 15, Sección 40.4), para incluir a los dietistas licenciados y profesionales en nutrición en la lista de profesionales de la salud que pueden optar por retirarse de

## PRIVATE CONTRACTING- DEFINITION OF PHYSICIAN/ PRACTITIONER

### Provider Types Affected

*Registered dietitians or nutrition professionals providing services to Medicare beneficiaries.*

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5426 which updates the Medicare Benefit Policy Manual (Publication 100-02, Chapter 15, Section 40.4) to include registered dietitians and nutrition professionals in the*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Medicare si se cumple con ciertas condiciones, y para proveer servicios a través de contratistas privados que, de otra forma, estarían cubiertos por Medicare.

### Trasfondo

Antes de la ratificación del *Medicare Benefits Improvement and Protection Act del 2000* (BIPA por sus siglas en inglés), el Acta de Seguro Social (Sección 1802(b)(5)(C)) no incluía a los dietistas licenciados o a los profesionales en nutrición en la lista de los profesionales de la salud que pueden elegir salirse de Medicare.

La Sección 105(d) del BIPA enmendó la definición de profesional de la salud en la Ley de Seguro Social (Sección 1842(b)(18)(c)) para incluir a los dietistas licenciados o profesionales en nutrición en la lista de profesionales de la salud que pueden optar por retirarse de Medicare bajo ciertas condiciones.

El CR5426 enmienda el *Medicare Benefit Policy Manual* (Publicación 100-02, Capítulo 15, Sección 40.4 (Definición de Médico/ Profesional de la Salud) para incluir a dietistas licenciados y profesionales en nutrición, para así ser consistentes con el Acta de Seguro Social (Sección 1802(b)(5)(C)). La Sección 40.4 revisada (Pub.100-02, Capítulo 15) se incluye como anejo al CR5426.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5426) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC respecto a este cambio está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R62BP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

*list of practitioners who can opt out of Medicare if certain conditions are met, and to provide services through private contracts that would otherwise be covered by Medicare.*

### Background

*Prior to enactment of the Medicare Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA), the Social Security Act (Section 1802(b)(5)(C) ) did not include registered dietitians or nutrition professionals among the list of practitioners who may choose to opt out of Medicare.*

*BIPA (Section 105(d)) amended the definition of practitioner included in the Social Security Act (Section 1842(b)(18)(c)) to include registered dietitians or nutrition professionals in the list of practitioners who can opt out of Medicare if certain conditions are met..*

*CR5426 amends the Medicare Benefit Policy Manual (Publication 100-02, Chapter 15, Section 40.4 (Definition of Physician/ Practitioner)) to include registered dietitians and nutrition professionals to be consistent with the Social Security Act (Section 1802(b)(5)(C)). The revised section 40.4 (Pub. 100-02, Chapter 15) which is attached to CR5426.*

### Additional Information

*The official instruction, CR5426, issued to your carrier or A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R62BP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5426/ Trans R62BP / CR5426 / 12-22-06 / mlv rrc

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

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

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

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

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 -- 787-884-7214 mass@coqui.net - mass@massspr.com
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

### CAMBIOS EN CODIFICACIÓN DEL REEMPLAZO DE DISCO LUMBAR ARTIFICIAL

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de Reemplazo de Disco Lumbar Artificial (LADR por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, los códigos para la facturación del LADR están cambiando.

Este cambio en codificación no implica ningún cambio en la política de Medicare. Sin embargo, asegúrese que el personal a cargo de facturación en su oficina haga uso de los códigos correctos para garantizar el pago correcto y a tiempo de sus reclamaciones.

Para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, use el Código CPT 22857, en lugar del Código CPT Categoría III 0091T, para facturar el servicio LADR. También, use el nuevo código CPT Categoría III 0163T, en lugar del Código CPT Categoría III 0092T, para facturar servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007. Los Códigos CPT Categoría III 0091T y 0092T siguen siendo los indicados para facturar servicios que fueron prestados hasta el 31 de diciembre de 2006; los mismos se descontinuaron a partir de esa fecha.

#### Trasfondo

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5462 y su propósito es anunciar los cambios en codificación del servicio LADR que entran en vigor a partir del 1 de enero de 2007. Una Petición de Cambio anterior (CR5057–Trans. 992, del 23 de junio de 2006) contiene los códigos correctos para servicios prestados durante el 2006. Sin embargo, para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, hay nuevos cambios en códigos. Si usted desea evaluar el artículo MLN que resultó del CR5057, acceda el siguiente enlace en el sitio

## Medical Policy

### CODING CHANGE FOR LUMBAR ARTIFICIAL DISC REPLACEMENT (LADR)

#### Provider Types Affected

*All physicians and providers who submit claims to Medicare carriers, Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), for LADR.*

#### Provider Action Needed

*Effective for services on or after January 1, 2007, the CPT codes for billing LADR are changing.*

*No change in Medicare policy results from this coding change. But, be sure billing staff use the correct codes to assure prompt and correct payment of your claims.*

#### What You Need to Do

*For services on or after January 1, 2007, use CPT code 22857 in place of CPT Category III code 0091T for LADR. Also, use new CPT Category III code 0163T in place of CPT Category III code 0092T for services on or after January 1, 2007. CPT Category III codes 0091T and 0092T are still appropriate for services on or before December 31, 2006, but are discontinued as of December 31, 2006.*

#### Background

*This article is based on Change Request (CR) 5462 and the purpose is to announce a coding change effective January 1, 2007 for LADR. A prior change request (CR) 5057, transmittal 992, issued on June 23, 2006 contains correct codes for services rendered in 2006. However, beginning with services rendered on or after January 1, 2007 there are new coding changes. If you would like to review the MLN article that resulted from CR 5057 click on the following link:*

Cont. on next page

## Política Médica

Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5057.pdf>. Sepa que la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) publicada bajo el CR5057 no cambia; sólo cambian los códigos que deben utilizarse.

Vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, los Contratista **denegarán reclamaciones** de beneficiarios de Medicare de sesenta años o más, que se sometían con los siguientes códigos:

- **Código CPT 22857** (*for total disc arthroplasty (artificial disc), anterior approach, including discectomy to prepare interspace (other than for decompression), lumbar, single interspace*).
- **Código CPT Categoría III 0163T** (*for total disc arthroplasty (artificial disc), anterior approach, including discectomy to prepare interspace (other than for decompression), lumbar, each additional interspace*).

Los Contratistas de la Parte B y los Contratistas A/B MACs seguirán utilizando los criterios normales de procesamiento de reclamaciones para exención de aparatos de investigación (IDEs por sus siglas en inglés) para el servicio LADR realizado con un implante elegible bajo los criterios IDE.

Los Contratistas aceptarán reclamaciones sometidas para ensayos clínicos IDE aprobados que se sometían con los siguientes códigos:

- **0091T ó 0092T** para servicios prestados del 16 de mayo de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2006.
- **22857 ó 0163T** para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, con un modificador QA.

### Información Adicional

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

Si desea detalles completos sobre esta Petición de Cambio (CR), refiérase a la instrucción oficial (CR5462) enviada a su Contratista de Medicare o Contratista A/B MAC. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1164CP.pdf>.

## Medical Policy

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5057.pdf> on the CMS website. Please be aware that the National Coverage Determination (NCD) issued under CR 5057 is not changing, only the codes that should be utilized have changed.

Effective for services performed on or after **January 1, 2007**, carriers will **deny claims**, for Medicare beneficiaries over sixty years of age, submitted with the following Codes:

- **CPT code 22857** for total disc arthroplasty (artificial disc), anterior approach, including discectomy to prepare interspace (other than for decompression), lumbar, **single interspace**.
- **CPT Category III code 0163T** for total disc arthroplasty (artificial disc), anterior approach, including discectomy to prepare interspace (other than for decompression), lumbar, **each additional interspace**.

Carriers and A/B MACs will continue to follow their normal claims processing criteria for investigational device exemptions (IDEs) for LADR performed with an implant eligible under the IDE criteria.

Carriers will **allow claims** submitted for approved IDEs/clinical trials submitted with:

- **0091T or 0092T** for services performed from May 16, 2006 through December 31, 2006
- **22857 or 0163T** for services performed on or after January 1, 2007 with the modifier QA.

### 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 (CR5462) issued to your Medicare A/B MAC or carrier. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1164CP.pdf> on the CMS web site.

REV. 02-01-07/Trans R1164CP/CR5462/ 01-26-07/ mlv rrc

## Política Médica

### GUÍAS PARA EL PAGO DE ADIESTRAMIENTO PARA EL AUTO-MANEJO DE LA DIABETES (DSMT POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

#### Proveedores Afectados

Proveedores que someten reclamaciones a los Intermediarios Fiscales de Medicare (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 Cuidado de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por servicios de adiestramiento para el auto-manejo de la diabetes (DSMT por sus siglas en inglés) prestados en ambientes institucionales a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5433, la cual corrige, aclara, y provee las guías para el pago de servicios DSMT en varios ambientes de proveedores institucionales.

La Parte B de Medicare cubre 10 horas de adiestramiento inicial para el beneficiario que ha sido diagnosticado con diabetes. Además, los beneficiarios son elegibles para recibir 2 horas de adiestramiento de seguimiento cada año calendario, después de cumplirse el primer año en que se certificó la necesidad del adiestramiento inicial. **El DSMT lo debe ordenar el médico o profesional de la salud cualificado que esté manejando la condición de diabetes del beneficiario.**

Para más detalles respecto a estos cambios, refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo.

#### Trasfondo

El *Balanced Budget Act* del 1997 (Sección 4105) provee cobertura de Medicare por servicios de adiestramiento para auto-manejo de la diabetes (DSMT por sus siglas en inglés), cuando estos servicios los presta un proveedor certificado que cumple con ciertos estándares de calidad; el CR 5433 corrige, aclara, y provee las guías para el

## Medical Policy

### GUIDELINES FOR PAYMENT OF DIABETES SELF-MANAGEMENT TRAINING (DSMT)

#### Provider Types Affected

*Providers submitting claims to Medicare Fiscal Intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and/or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs) for DSMT services provided in institutional settings to Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5433 which corrects, clarifies, and provides guidelines for the payment of DSMT services in various institutional provider settings.*

*Medicare Part B covers 10 hours of initial training for a beneficiary who has been diagnosed with diabetes, and beneficiaries are eligible to receive 2 hours of follow-up training each calendar year following the year in which they were certified as requiring initial training. **DSMT must be ordered by the physician or qualified non-physician practitioner who is managing the beneficiary's diabetic condition.***

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

#### Background

*The *Balanced Budget Act* of 1997 (Section 4105) permits Medicare coverage of diabetes self-management training (DSMT) services when these services are furnished by a certified provider who meets certain quality standards, and CR 5433 corrects, clarifies, and provides guidelines for the payment of*

Cont. on next page



## Política Médica

pago de servicios DSMT en varios ambientes de proveedores institucionales. Note que el CR5433 no ha creado códigos nuevos. Además, deducibles y coaseguro aplican a estos servicios.

El programa DSMT tiene el propósito de educar a los beneficiarios respecto al auto-manejo exitoso de la diabetes. El programa incluye instrucciones en el auto-monitoreo de glucosa en sangre; educación sobre dieta y ejercicio; un plan de tratamiento de insulina desarrollado específicamente para el paciente dependiente de insulina; y motivación para pacientes para que utilicen las destrezas para el auto-manejo de su condición de diabetes.

### Adiestramiento Inicial

El año inicial de tratamiento DSMT se refiere al período de 12 meses a partir de la fecha inicial, y Medicare cubrirá el adiestramiento inicial que cumpla con las siguientes condiciones:

- El adiestramiento DSMT se brinda a un beneficiario que no ha recibido anteriormente el adiestramiento inicial o el seguimiento bajo el código G0108 ó G0109 del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes (HCPCS por sus siglas en inglés);
- El adiestramiento DSMT se brinda dentro de un período de 12 meses consecutivos;
- El adiestramiento DSMT no excede un total de 10 horas (las 10 horas de adiestramiento pueden ser brindadas en cualquier combinación de incrementos de media hora.)
- Con la excepción de 1 hora de adiestramiento individual, el adiestramiento DSMT usualmente se brinda a un grupo que consiste de individuos que no necesariamente tienen que ser beneficiarios de Medicare en su totalidad; y
- La hora de adiestramiento individual se puede utilizar para cualquier parte del adiestramiento incluyendo, el adiestramiento sobre insulina.

### Adiestramiento de Seguimiento

Medicare cubre el adiestramiento de seguimiento bajo las siguientes condiciones:

## Medical Policy

*DSMT services in various institutional provider settings. Note that no new codes are being created by CR5433. Also, deductible and coinsurance apply to these services.*

*The DSMT program is intended to educate beneficiaries in the successful self-management of diabetes. The program includes instructions in self-monitoring of blood glucose; education about diet and exercise; an insulin treatment plan developed specifically for the patient who is insulin-dependent; and motivation for patients to use the skills for self-management.*

### Initial Training

*The initial year for DSMT is the 12 month period following the initial date, and Medicare will cover initial training that meets the following conditions:*

- *DSMT is furnished to a beneficiary who has not previously received initial or follow-up training under Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code G0108 or G0109;*
- *DSMT is furnished within a continuous 12-month period;*
- *DSMT does not exceed a total of 10 hours (the 10 hours of training can be done in any combination of half an hour increments;*
- *With the exception of 1 hour of individual training, the DSMT training is usually furnished in a group setting with the group consisting of individuals who need not all be Medicare beneficiaries, and;*
- *The one hour of individual training may be used for any part of the training including insulin training.*

### Follow-Up Training

*Medicare covers follow-up training under the following conditions:*

Cont. on next page

## Política Médica

- Que se brinden no más de dos horas individuales o de adiestramiento grupal por beneficiario por año;
- El adiestramiento grupal consiste de 2 a 20 individuos; no todos tienen que ser beneficiarios de Medicare;
- El adiestramiento de seguimiento para los años subsiguientes se basa en 12 meses calendario después de haber completado las 10 horas de adiestramiento inicial;
- El adiestramiento de seguimiento se brinda en incrementos mínimos de media hora, y;
- El médico (o profesional de la salud cualificado) que atiende al beneficiario debe documentar la condición de diabetes en su expediente médico.

**NOTA:** Todas las entidades que facturan por el servicio de adiestramiento DSMT bajo el sistema de pago "Fee-for-Service" u otros sistemas de pago, deben cumplir con todos los requisitos de cubierta nacional.

### Ejemplos:

#### **Ejemplo # 1: El Beneficiario Agota las 10 horas en su Año Inicial (12 meses corridos)**

- El beneficiario recibe su primer servicio en abril de 2006.
- El beneficiario completa las 10 horas de adiestramiento inicial de DSMT en abril de 2007.
- El beneficiario es elegible para el adiestramiento de seguimiento en mayo de 2007 (el mes 13 comienza el año subsiguiente).
- El beneficiario completa el adiestramiento de seguimiento en diciembre de 2007.
- El beneficiario es elegible para el adiestramiento del año siguiente en enero de 2008.

#### **Ejemplo #2: El Beneficiario Agota las 10 Horas Dentro del Año Calendario Inicial**

- El beneficiario recibe su primer servicio en abril de 2006.

## Medical Policy

- *No more than two hours individual or group training is provided per beneficiary per year;*
- *Group training consists of 2 to 20 individuals who need not all be Medicare beneficiaries;*
- *Follow-up training for subsequent years is based on a 12 month calendar after completion of the full 10 hours of initial training;*
- *Follow-up training is furnished in increments of no less than one-half hour; and*
- *The physician (or qualified non-physician practitioner) treating the beneficiary must document in the beneficiary's medical record that the beneficiary is a diabetic.*

**NOTE:** All entities billing for DSMT under the fee-for-service payment system or other payment systems must meet all national coverage requirements.

### Examples

#### **Example #1: Beneficiary Exhausts 10 hours in the Initial Year (12 continuous months)**

- *Beneficiary receives first service in April 2006.*
- *Beneficiary completes initial 10 hours DSMT training in April 2007.*
- *Beneficiary is eligible for follow-up training in May 2007 (13<sup>th</sup> month begins the subsequent year).*
- *Beneficiary completes follow-up training in December 2007.*
- *Beneficiary is eligible for next year training in January 2008.*

#### **Example #2: Beneficiary Exhausts 10 Hours Within the Initial Calendar Year**

- *Beneficiary receives first service in April 2006.*

Cont. on next page

## Política Médica

- El beneficiario completa sus 10 horas iniciales de adiestramiento DSMT en diciembre de 2006.
- El beneficiario es elegible para el adiestramiento de seguimiento en enero de 2007.
- El beneficiario completa su adiestramiento de seguimiento en julio de 2007.
- El beneficiario es elegible para el adiestramiento de seguimiento del año siguiente en enero de 2008.

### Codificación y Pago de Servicios DSMT

Los siguientes códigos HCPCS deben utilizarse para facturar servicios DSMT:

- **G0108** – Servicios de adiestramiento de auto-manejo de diabetes para paciente ambulatorio, individual, por 30 minutos; y
- **G0109** – Servicios de adiestramiento de auto-manejo de diabetes para paciente ambulatorio, sesión grupal (2 o más), por 30 minutos.

El pago a médicos y proveedores por adiestramiento DSMT a pacientes ambulatorios se hace de la siguiente manera:

## Medical Policy

- *Beneficiary completes initial 10 hours of DSMT training in December 2006.*
- *Beneficiary is eligible for follow-up training in January 2007.*
- *Beneficiary completes follow-up training in July 2007.*
- *Beneficiary is eligible for next year follow-up training in January 2008.*

### Coding and Payment of DSMT Services

*The following HCPCS codes should be used for DSMT:*

- **G0108** – *Diabetes outpatient self-management training services, individual, per 30 minutes; and*
- **G0109** – *Diabetes outpatient self-management training services, group session (2 or more), per 30 minutes.*

*Payment to physicians and providers for outpatient DSMT is made as follows:*

<b>Tipo de Instalación/Proveedor Type of Facility/Provider</b>	<b>Método de Pago Payment Method</b>	<b>Tipo de Factura Type of Bill</b>
Physician/non-physician practitioner (billing carrier/MAC)	Medicare Physician Fee Schedule	N/A
Hospitals subject to Outpatient Prospective Payment System (OPPS)	OPPS	12x, 13x
Method I and Method II Critical Access Hospitals (CAHs) (technical services)	101% of reasonable cost	12X and 85X
Indian Health Service (IHS) providers billing hospital outpatient	Office of Management and Budget (OMB)-approved outpatient per visit all inclusive rate (AIR)	13X and revenue code 051X
IHS providers billing inpatient Part B	All-inclusive inpatient ancillary per diem rate	12X and revenue code 024X
IHS CAHs billing outpatient	101% of the all-inclusive facility specific per visit rate	85X and revenue code 051X
IHS CAHs billing inpatient Part B	101% of the all-inclusive facility specific per diem rate	12X and revenue code 024X

Cont. on next page

## Política Médica

## Medical Policy

Tipo de Instalación/Proveedor <i>Type of Facility/Provider</i>	Método de Pago <i>Payment Method</i>	Tipo de Factura <i>Type of Bill</i>
Rural Health Clinics (RHCs)	All-inclusive encounter rate	71X with revenue code 0520, 0521, 0522, 0524, 05225, 0527, 0528, or 0900
Federally Qualified Health Centers (FQHCs)*	All-inclusive encounter rate	73X with revenue code 0520, 0521, 0522, 0524, 0525, 0527, 0528, or 0900
Skilled Nursing Facilities (SNFs) **	Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) non-facility rate	22X, 23X
Maryland Hospitals under jurisdiction of the Health Services Cost Review Commission (HSCRC)	Payment in accordance with the terms of the Maryland Waiver	12X, 13X
Home Health Agencies (can be billed if service is outside of the treatment plan)	MPFS non-facility rate	34x

\*Vigente el 1 de enero de 2006, el pago por servicios de adiestramiento DSMT brindado en un FQHC, que cumple con todos los requisitos que se indican arriba, pueden hacerse en adición a alguna otra visita que el beneficiario haya tenido el mismo día, si esta visita calificadora se factura en un TOB 73X, con un código HCPCS G0108 o G0109, y códigos de ingreso 0520, 0521, 0522, 0524, 0525, 0527, 0528, ó 0900.

\*\*La estipulación de facturación consolidada SNF permite un pago separado de la Parte B por servicios de adiestramiento para beneficiarios que se realicen en Centros de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés) de la Parte A; sin embargo, el SNF debe someter estos servicios en un tipo de factura 22x. Los servicios de adiestramiento prestados por otros tipos de proveedores los debe rembolsar el SNF.

**NOTA:** Una instalación de Cuidado Renal en Etapa Final (ESRD por sus siglas en inglés) es una instalación razonable para brindar el servicio DSMT; sin embargo, debido a que se requiere que se brinden servicios de dietista y servicios nutricionales como parte del cuidado cubierto en la tarifa compuesta, no se les permite a las instalaciones ESRD facturar por estos servicios por separado y tampoco reciben reembolso por separado.

*\*Effective January 1, 2006, payment for DSMT provided in an FQHC, that meets all the requirements as above, may be made in addition to one other visit the beneficiary had during the same day, if this qualifying visit is billed on TOB 73X, with HCPCS code G0108 or G0109, and revenue codes 0520, 0521, 0522, 0524, 0525, 0527, 0528, or 0900.*

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

**NOTE:** *An End Stage Renal Disease (ESRD) facility is a reasonable site for this DSMT service, however, because it is required to provide dietician and nutritional services as part of the care covered in the composite rate, ESRD facilities are not allowed to bill for it separately and do not receive separate reimbursement.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Notificaciones Adelantadas al Beneficiario (ABNs)

Los proveedores también deberán tener en cuenta que el beneficiario es responsable por los servicios denegados durante la número de horas limitado con referidos para DSMT. En estas situaciones se debe emitir un ABN y cuando no exista evidencia de un ABN válido, el proveedor será responsable.

Sin embargo, no se debe enviar un ABN por servicios cubiertos por Medicare tales como para aquellos servicios brindados por dietistas de hospitales o profesionales en nutrición que están cualificados para brindar este servicio en su Estado, pero que no han obtenido su número de proveedor de Medicare.

#### Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial (CR5433) enviada a su FI, RHHI y A/B MAC sobre este cambio. Existen dos "Transmittals" relacionados al CR5433, uno que revisa el *Medicare Benefit Policy Manual* (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R64BP.pdf>) y el otro modifica el *Medicare Claims Processing Manual* (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1158CP.pdf>).

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

## Medical Policy

### Advanced Beneficiary Notices (ABNs)

*Providers should also be aware that the beneficiary is liable for services denied over the limited number of hours with referrals for DSMT. An ABN should be issued in these situations and absent evidence of a valid ABN, the provider would be held liable.*

*However, an ABN should not be issued for Medicare-covered services such as those provided by hospital dieticians or nutrition professionals who are qualified to render the service in their State, but who have not obtained Medicare provider numbers.*

#### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction, CR5433, issued to your FI, RHHI, and A/B MAC regarding this change. There are two transmittals related to CR5433, one which revises the Medicare Benefit Policy Manual and one that modifies the Medicare Claims Processing Manual. These transmittals are at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R64BP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1158CP.pdf>, respectively.*

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

MM5433/ Trans R1158CP & R64BP/CR5433/01-19-07/mlv rrc

## PROCESO DE EXCEPCIÓN A LOS LÍMITES DE TERAPIA

NOTA IMPORTANTE: LEGISLACIÓN RECIENTE EXTENDIÓ LOS LÍMITES DE EXCEPCIÓN DE TERAPIA PARA EL AÑO CALENDARIO 2007. PARA DETALLES SOBRE EXCEPCIONES Y EL PROCESO PARA 2007, REFÍERASE AL ARTÍCULO DE MEDLEARN MATTERS MM5478, DISPONIBLE EN EL SIGUIENTE ENLACE EN EL SITIO WEB DE CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5478.pdf>.

#### Proveedores Afectados

Proveedores, médicos y profesionales de la salud cualificados (NPPs por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por

## THERAPY CAPS EXCEPTION PROCESS

**IMPORTANT NOTE:** RECENT LEGISLATION EXTENDED THE THERAPY CAP EXCEPTIONS FOR CALENDAR YEAR 2007. FOR DETAILS ON THE 2007 EXCEPTIONS AND PROCESS, SEE THE MLN MATTERS ARTICLE MM5478 AT <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5478.pdf> ON THE CMS SITE.

#### Provider Types Affected

*Providers, physicians, and non-physician practitioners (NPPs) who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FIs)*

Cont. on next page

## Política Médica

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), bajo el beneficio de servicios de terapia de la Parte B de Medicare.

### Puntos Clave

- A partir del 1 de enero de 2006, se impuso una limitación financiera (límite en el número de terapias) en los servicios de rehabilitación ambulatoria que reciben los beneficiarios de Medicare. Estos límites aplican a servicios ambulatorios de terapia bajo la Parte B de Medicare, en todos los escenarios, excepto al paciente ambulatorio de hospital (código de lugar de servicio "22" en la reclamación al contratista de la Parte B) y la Sala de Emergencia del hospital (código de lugar de servicio "23" en la reclamación al contratista de la Parte B). Los servicios de rehabilitación ambulatoria incluyen:
  - **Terapia Física** - incluyendo servicios ambulatorios de patología del habla-lenguaje: Límite anual combinado para 2006 es \$1,740; y
  - **Terapia Ocupacional:** Límite anual para 2006 es \$1,740.
- En el año 2006, el Congreso de los Estados Unidos aprobó el *Deficit Reduction Act* (DRA), que permite a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) otorgar, a petición del individuo registrado bajo los beneficios de la Parte B de Medicare, o la persona encargada, **excepciones a los límites de terapia por servicios prestados durante el año calendario 2006**, si esos servicios cumplen con ciertas cualificaciones para ser considerados "médicamente necesarios" (Sección 1833(g)(5) del *Social Security Act*)
- El proceso de excepción se puede llevar a cabo automáticamente para ciertos servicios, y mediante solicitud de excepción, cuando se somete documentación de apoyo, para algunos otros servicios.

## Medical Policy

*including regional home health intermediaries (RHHIs), and carriers) under the Part B benefit for therapy services.*

### Key Points

- *Effective January 1, 2006, a financial limitation (therapy cap) was placed on outpatient rehabilitation services received by Medicare beneficiaries. These limits apply to outpatient Part B therapy services from all settings except the outpatient hospital (place of service code 22 on carrier claims) and the hospital emergency room (place of service code 23 on carrier claims). Outpatient rehabilitation services include:*
  - **Physical therapy** - including outpatient speech-language pathology: Combined annual limit for 2006 is \$1,740; and
  - **Occupational therapy** - annual limit for 2006 is \$1,740.
- *In 2006 Congress passed the Deficit Reduction Act (DRA), which allows the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to grant, at the request of the individual enrolled under the Part B benefit or a person acting on behalf of that individual, **exceptions to therapy caps for services provided during calendar year 2006**, if these services meet certain qualifications as medically necessary services (Section 1833(g) (5) of the Social Security Act).*
- *The exception process may be accomplished automatically for certain services, and by request for exception, with the accompanied submission of supporting documentation, for certain other services.*

Cont. on next page

## Política Médica

- Los beneficiarios de Medicare recibirán aprobación a la excepción en los límites de terapia automáticamente, y no se les requerirá someter solicitud de excepción para aprobación de la excepción ni documentación de apoyo, si estos beneficiarios cumplen:
  - Con las condiciones y complejidades específicas mencionadas en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 5 (según revisado por el CR4364), para excepción de los límites de terapia; o
  - Con los criterios específicos de excepción, además de aquellos mencionados en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 5, donde el Contratista de Medicare ha publicado excepciones adicionales, cuando el Contratista entiende (basado en la evidencia más sólida disponible) que el beneficiario va a necesitar visitas adicionales de terapia, aparte de aquellas pagaderas bajo los límites de terapia.
- Los beneficiarios de Medicare pueden recibir aprobación a la excepción a los límites de terapia manualmente, si sus proveedores entienden que los beneficiarios van a requerir más visitas de terapia que aquellas pagaderas bajo los límites de terapia, pero los pacientes no cumplen con al menos uno de los criterios mencionados anteriormente para recibir excepción automática.

Usted podrá someter una petición, acompañada de documentación de apoyo, para un número específico de visitas de terapia adicionales (que no excedan los 15 días de tratamiento futuro para cada disciplina de terapia ocupacional, terapia física o patología del habla-lenguaje).
- Refiérase a la sección **Información Adicional** de este artículo para información más detallada sobre el proceso de excepción en los límites de terapia.

## Medical Policy

- *Medicare beneficiaries will be automatically excepted from the therapy cap and will not be required to submit requests for exception or supporting documentation if those beneficiaries:*
  - *Meet specific conditions and complexities listed in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 5, (as revised by CR4364) for exception from the therapy cap; or*
  - *Meet specific criteria for exception, in addition to those listed in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 5, where the Medicare contractor has published additional exceptions, when the contractor believes, based on the strongest evidence available, that the beneficiary will require additional therapy visits beyond those payable under the therapy cap.*
- *Medicare beneficiaries may be manually excepted 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 above bulleted criteria for automatic exceptions.*

*You may submit a request, with supporting documentation, for a specific number (not to exceed 15 future treatment days for each discipline of occupational therapy, physical therapy, and speech language pathology services) of additional therapy visits.*
- *Please refer to the **Additional Information** section of this article for more detailed information about the therapy caps exception process.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Trasfondo

Los límites financieros a los servicios de terapia física cubierta por Medicare (límites de terapia) fueron iniciados por el *Balanced Budget Act* del 1997. Estos límites fueron implementados en el 1999 y, durante un breve período en el 2003. El Congreso otorgó una moratoria en los límites durante los años 2004 y 2005.

Dicha moratoria ya no está vigente, y los límites de terapia fueron implementados nuevamente el 1 de enero de 2006. El Congreso ha determinado que las excepciones a estas limitaciones financieras de \$1,740 para cada límite en 2006, pueden concederse cuando las estipulaciones para servicios adicionales de terapia se consideran "médicamente necesarias".

### Información Adicional

#### Guías de Facturación

- **Modificador KX:** Usted debe incluir un modificador KX en la reclamación identificada como servicio de terapia con un modificador GN, GO o GP, cuando la excepción al límite de terapia ha sido aprobado, o si cumple con los requisitos para recibir excepción automática.

Esto permite que los servicios de terapia aprobados se paguen, aún cuando estén por encima de los límites financieros de terapias.

- **Solicitudes Separadas:** Usted debe someter solicitudes separadas para excepción de los límites combinados de terapia física, patología del habla-lenguaje y del límite de terapia ocupacional. En general, las solicitudes de excepción del límite de terapias debe recibirse **antes** de que se pase dicho límite, ya que se podrían denegar dichos servicios al paciente basado en los límites establecidos.
- **Solicitudes subsiguientes durante el mismo episodio de cuidado:** Para solicitar servicios de terapia adicionales a aquellos previamente aprobados, usted debe someter una solicitud de aprobación junto con la documentación de apoyo para el número específico de días adicionales de terapia, que no excedan los 15 días, **cada vez** que se espera que el beneficiario va a requerir más

## Medical Policy

### Background

*Financial limitations on Medicare-covered therapy services (therapy caps) were initiated by the Balanced Budget Act of 1997. These caps were implemented in 1999 and for a short time in 2003. Congress placed moratoria on the limits for 2004 and 2005.*

*The moratoria are no longer in place, and caps were implemented on January 1, 2006. Congress has provided that exceptions to these dollar limitations of \$1,740 for each cap in 2006 may be made when provision of additional therapy services is determined to be medically necessary.*

### Additional Information

#### Billing Guidelines

- **KX Modifier:** You must include a KX modifier on the claim identified as a therapy service with a GN, GO, GP modifier when a therapy cap exception has been approved, or it meets all the guidelines for an automatic exception.

*This allows the approved therapy services to be paid, even though they are above the therapy cap financial limits.*

- **Separate requests:** You must submit separate requests for exception from the combined physical therapy and speech language pathology cap and from the occupational therapy cap. In general, requests for exception from the therapy cap should be received **before** the cap is exceeded because the patient is liable for denied services based on caps.
- **Subsequent requests during the same episode of care:** To request therapy services in addition to those previously approved, you must submit a request for approval along with supporting documentation for a specific number of additional therapy treatment days, not to exceed 15, **each time** the beneficiary is expected to require more therapy days

Cont. on next page



## Política Médica

días de terapia de los ya aprobados. Se considera apropiado enviar documentación para el curso completo de cuidados de salud planificado, si el mismo excede los 15 días de tratamiento permitidos.

- Cuando esas visitas adicionales se aprueban como “razonables y necesarias” basado en la documentación sometida, se aprobará una excepción a los límites de terapia y podrán someter reclamaciones haciendo uso del modificador KX. Si los contratistas tienen razón para creer que ha ocurrido fraude, falsa representación, o facturación abusiva, tendrán la autoridad para evaluar las reclamaciones y podrán denegar reclamaciones, aun cuando se les haya otorgado aprobación previa.

### **Códigos ICD-9 Que Cualifican para el Proceso de Excepción Automático de Límite de Terapia Basado en Condición Clínica o Complejidad**

El CR4364 que contiene esos códigos es el que hace revisiones al *Medicare Claims Processing Manual*, y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf>. Se le recomienda guardar este enlace para que tenga fácil acceso al mismo como referencia futura.

### **Documentación**

Aquellos proveedores que consideran que es “médicamente necesario” que sus pacientes reciban servicios de terapia adicionales a los límites de terapia (y cuando el paciente no cae dentro de los criterios mencionados anteriormente para que se le otorgue excepción automática), deben someter documentación suficiente para apoyar la “necesidad médica”, de acuerdo con las revisiones al *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 220.3; y las revisiones al *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 5, Secciones 10.2 y 20, junto con la solicitud de días de tratamiento adicionales a los pagaderos bajo los límites de terapia.

Estas secciones de los diferentes manuales contienen definiciones importantes, así como ejemplos de lo que se considera “documentación

## Medical Policy

*than previously approved. It is appropriate to send documentation for the entire planned episode of care if the episode exceeds the 15 treatment days allowed.*

- *When those additional visits are approved as reasonable and necessary based on the documentation you submit, an exception to the therapy cap will be approved and bills may be submitted using the KX modifier. If the contractors have reason to believe that fraud, misrepresentation, or abusive billing has occurred, they have the authority to review claims and may deny claims even though prior approval was granted.*

### **ICD-9 Codes That Qualify for the Automatic Therapy Cap Exception Process Based Upon Clinical Condition or Complexity**

*The CR4364 transmittal that contains these codes is the one that revises the Medicare Claims Processing Manual, available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf> on the CMS web site. You may wish to bookmark that link so you may easily reference these codes.*

### **Documentation**

*Providers who believe that it is medically necessary for their patient to receive therapy services in excess of the therapy cap limitations (and the patient does not fall into the automatically excepted categories mentioned above) must submit documentation, sufficient to support medical necessity, in accordance with the revised Medicare Benefit Policy Manual, Pub.100-02, Chapter 15, Section 220.3; and the revised Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 5, Sections 10.2 and 20, with the request for treatment days in excess of those payable under the therapy cap.*

*These manual sections contain important definitions, as well as examples of acceptable*

Cont. on next page

## Política Médica

acceptable”, y se incluyen como anejo al CR4364. El CR4364 está dividido en tres partes, una para cada manual revisado, por ejemplo:

- El *Medicare Benefit Policy Manual*, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R52BP.pdf>.
- El *Medicare Claims Processing Manual*, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf>; y
- El *Medicare Program Integrity Manual*, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R140PI.pdf>.

Se espera que usted someta los siguientes tipos de documentación de servicios de terapia en respuesta a cualquier solicitud de documentación, a menos que el Contratista solicite alguna otra cosa:

1. **Plan de Evaluación y Cuidado Certificado**  
1-2 documentos
2. **Certificación** – Aprobación del Médico o Profesional de la Salud Cualificado requerido 30 días después del tratamiento inicial, o certificación demorada.
3. **Reportes de Progreso a Intervalos firmados por el clínico** (cuando el tratamiento excede los 10 días de tratamiento o 30 días). Estos deben ser suficientes para explicar el estatus funcional actual del beneficiario y la necesidad para continuar la terapia, junto con la solicitud de visitas de terapia en exceso a aquellas cubiertas bajo los límites de terapia. No se requiere someter las hojas de visita diaria en anotaciones de encuentro con el paciente, o para un intervalo de tiempo completo, cuando ocurre una discontinuación inesperada del tratamiento.
4. **Notas de Encuentro para Tratamiento** – Estas notas serán aceptables si documentan el nombre del tratamiento; intervención o actividad suministrada; tiempo dedicado a la prestación de servicios representado en códigos de tiempo; el tiempo total del

## Medical Policy

*documentation, and are attached to CR4364. CR4364 is in three parts, one each for the revised manuals, i.e.:*

- *The Medicare Benefit Policy Manual, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R52BP.pdf> on the CMS web site;*
- *The Medicare Claims Processing Manual, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf>; and*
- *The Medicare Program Integrity Manual, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R140PI.pdf> on the CMS web site.*

*The following types of documentation of therapy services are expected to be submitted in response to any requests for documentation, unless the contractor requests otherwise:*

1. **Evaluation and Certified Plan of Care** - 1-2 documents.
2. **Certification** - Physician/NPP approval of the plan required 30 days after initial treatment-or delayed certification.
3. **Clinician-signed Interval Progress Reports** (when treatment exceeds 10 treatment days or 30 days) – *These must be sufficient to explain the beneficiary’s current functional status and need for continued therapy with the request for therapy visits in excess of those payable under the therapy cap. This is not required to be provided daily in treatment encounter notes or for an incomplete interval when unexpected discontinuation of treatment occurs.*
4. **Treatment Encounter Notes** – *The Treatment Encounter Note is acceptable if it records the name of the treatment; intervention, or activity provided; the time spent in services represented by timed codes; the total treatment time; and the identity of the individual providing the*

Cont. on next page

## Política Médica

tratamiento; la identidad del individuo que lleva a cabo la intervención. Estas pueden sustituir el Reporte de Progreso si contienen información sobre requisitos de reportes de progreso a intervalos al menos una vez cada 10 días de tratamiento, o una vez durante dicho intervalo.

5. Para efectos de las excepciones a los límites de terapia, se deben incluir los **récores que justifican los servicios por encima de los límites aprobados**, ya sea como parte del documento arriba indicado o en un documento por separado.

Refiérase a la revisión a la Sección 220.3 del *Medicare Claims Processing Manual*, disponible en el siguiente enlace, para obtener más detalles sobre los tipos de documentación requeridos y las explicaciones de lo que debe contener dicha documentación: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf>.

Al evaluar la documentación, los Contratistas de Medicare:

- Considerarán el expediente completo al evaluar reclamaciones para necesidad médica, de modo que la ausencia de algún artículo en específico no implica la denegación de un servicio médico, cuando la documentación en sí indica que el servicio es necesario.
- Considera a dictated document to be completed on the day it is dictated if the identity of the qualified professional is included in the dictation; Considerará que un documento dictado está completo en la fecha que se dicta si la identidad del profesional cualificado está incluida en el dictado.
- Considerará un documento de evaluación o re-evaluación (para efectos de documentación, pero no necesariamente para efectos de facturación), si el mismo incluye diagnóstico, condición objetiva y/o subjetiva, y pronosis del caso. Esta información se puede incluir como parte del plan o como un anejo al mismo. Incluir esta información no constituye, necesariamente, una evaluación de facturación o re-evaluación que se pueda facturar, a menos que la misma represente un servicio; y

## Medical Policy

*intervention. These may substitute for Progress Reports if they contain the requirements of interval progress reports at least once every 10 treatment days or once in the interval.*

5. *For therapy caps exceptions purposes, records justifying services over the cap, either included in the above or as a separate document.*

*Please see the revised Section 220.3 of the Medicare Claims Processing Manual located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf> for more details about the types of documentation required and explanations of what that documentation should contain.*

*When reviewing documentation, Medicare contractors will:*

- *Consider the entire record when reviewing claims for medical necessity so that the absence of an individual item of documentation does not negate the medical necessity of a service when the documentation as a whole indicates the service is necessary;*
- *Consider a dictated document to be completed on the day it is dictated if the identity of the qualified professional is included in the dictation;*
- *Consider a document an evaluation or re-evaluation (for documentation purposes, but not necessarily for billing purposes) if it includes a diagnosis, subjective and/or objective condition, and prognosis. This information may be included in or attached to a plan. The inclusion of this information in the documentation does not necessarily constitute a billable evaluation or re-evaluation unless it represents a service; and*

Cont. on next page

## Política Médica

- Aceptará un referido/orden y evaluación como documentación completa (Certificación y Plan de Cuidado) cuando la evaluación es el único servicio prestado por un suplidor/proveedor en un episodio de tratamiento.

### Decisiones del Contratista de Medicare

Si se determina que es “médicamente necesario”, su contratista de Medicare le otorgará días adicionales de tratamiento para terapia ocupacional, terapia física y terapia de habla-lenguaje.

Es preferible que la solicitud de excepción se reciba antes de que se exceda el límite de terapias. Sin embargo, su Contratista de Medicare aprobará días adicionales de tratamiento de terapia retroactivamente si los mismos son considerados “médicamente necesarios”, en la circunstancia excepcional de que la solicitud de excepción en los límites de terapia no se recibe antes de que se sobrepase el límite de días de terapia.

Su Contratista de Medicare puede también aprobar visitas adicionales de terapia ya prestadas, cuando la petición se acompaña de documentación de apoyo sobre la “necesidad médica” de dichos servicios.

Por favor, note que los servicios de terapia ambulatoria prestados apropiadamente por asistentes o personal cualificado serán considerados servicios cubiertos solamente cuando el clínico que supervisa lleva a cabo o participa activamente en al menos una de las sesiones de tratamiento durante el intervalo del tratamiento. Reclamaciones de servicio por encima del límite que no sean consideradas “médicamente necesarias” serán denegadas como “denegación de beneficio por categoría”.

**SI SU CONTRATISTA DE MEDICARE NO TOMA UNA DECISIÓN EN LOS DIEZ (10) DÍAS LABORABLES A PARTIR DEL RECIBO DE LA PETICIÓN Y DOCUMENTACIÓN, ENTONCES LA DECISIÓN SOBRE EXCEPCIÓN A LOS LÍMITES DE TERAPIA SE CONSIDERARÁ APROBADA POR SER “MÉDICAMENTE NECESARIA” PARA EL NÚMERO DE VISITAS FUTURAS SOLICITADAS (QUE NO EXCEDA LAS 15 VISITAS).**

## Medical Policy

- *Accept a referral/order and evaluation as complete documentation (certification and plan of care) when an evaluation is the only service provided by a provider/supplier in an episode of treatment.*

### Medicare Contractor Decisions

*If determined to be medically necessary, your Medicare contractor will grant additional treatment days for occupational therapy, physical therapy, and speech language pathology.*

*It is preferable that the request for exception be received before the therapy cap is actually exceeded. However, your Medicare contractor will approve additional therapy treatment days retroactively if they are deemed medically necessary, in the exceptional circumstance where a timely request for exception from the therapy cap is not received before the therapy cap is surpassed.*

*Your Medicare contractor may also approve additional therapy visits already provided when the request is accompanied by documentation supporting medical necessity of the services.*

*Please note that outpatient therapy services appropriately provided by assistants or qualified personnel will be considered covered services only when the supervising clinician personally performs or participates actively in at least one treatment session during an interval of treatment. Claims for services above the cap that are not deemed medically necessary will be denied as a benefit category denial.*

***IF YOUR MEDICARE CONTRACTOR DOES NOT MAKE A DECISION WITHIN 10 BUSINESS DAYS OF RECEIPT OF THE REQUEST AND DOCUMENTATION, THEN THE DECISION FOR THERAPY CAP EXCEPTION IS CONSIDERED TO BE DEEMED APPROVED AS MEDICALLY NECESSARY FOR THE NUMBER OF FUTURE VISITS REQUESTED (NOT TO EXCEED 15).***

Cont. on next page

## Política Médica

### Notificación

Usted recibirá notificación sobre la aprobación o denegación de su solicitud a los límites de terapia (y en caso positivo, se le indicará el número de visitas adicionales futuras le fueron aprobadas) tan pronto como sea práctico, una vez que el Contratista haya tomado su decisión.

Esta notificación no constituye una determinación inicial y, por lo tanto, no conlleva derechos de apelación administrativa. Para ejemplos sobre modelos de la carta del *Medicare Program Integrity Manual*, Pub. 100-8, Sección 3.3.1.2, refiérase a los Anejos del CR4364. Los ejemplos incluyen:

- Carta # 1 – Aprobación
- Carta # 2 – Decisión Negativa-Necesidad Médica
- Carta #3 – Denegación-Documentación Insuficiente

### Mensajes Revisados del *Medicare Summary Notice (MSN)*

Los mensajes del *Medicare Summary Notice (MSN)* (17.13; 38.18) se han revisado para informar a los beneficiarios sobre los límites de terapia y las aprobaciones a excepciones en casos de “necesidad médica”. Estos avisos también forman parte del CR4364.

Una vez más, el CR4364 se compone de tres transmittals, que son:

- Revisiones al *Medicare Benefit Policy Manual*, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R52BP.pdf>;
- Revisiones al *Medicare Claims Processing Manual*, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf>;
- Revisiones al *Medicare Program Integrity Manual*, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R140PI.pdf>.

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

## Medical Policy

### Notification

*You will be notified as to whether or not an exception to the cap has been made (and if so, for how many additional future visits) as soon as practicable once the contractor has made its decision.*

*This notification is not an initial determination and, therefore, does not carry with it administrative appeal rights. For examples of the standard letters from the Medicare Program Integrity Manual, 100-8, Section 3.3.1.2, please refer to the Attachments to CR4364. The examples include:*

- Letter #1 – Approved
- Letter #2 – Negative Decision-Medical Necessity
- Letter #3 – Denied-Insufficient Documentation

### Revised Medicare Summary Notice (MSN) Messages

*The MSN messages (17.13; 38.18) are revised to inform beneficiaries about the therapy caps and approved medically necessary exceptions. These notices are also part of CR4364.*

*Once again, there are three transmittals that comprise CR4364. They are:*

- *The Medicare Benefit Policy Manual revision at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R52BP.pdf> on the CMS web site;*
- *The Medicare Claims Processing Manual revision, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R855CP.pdf> on the CMS web site;*
- *The Medicare Program Integrity Manual revision, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R140PI.pdf> on the CMS web site.*

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

MM4364 Rev./Trans R52BP, R140PI, R855CP/02-15-06 / mlv rrc

## Política Médica

### PROCESO DE EXCEPCIÓN EN EL LÍMITE DE TERAPIAS AMBULATORIAS 2007

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 11 DE ENERO DE 2007 PARA ELIMINAR UNA REFERENCIA A CEDARON. TODO EL RESTO DE LA INFORMACIÓN PERMANECE IGUAL.

#### Proveedores Afectados

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

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Asegúrese de tener conocimiento de los requisitos para las excepciones en los límites de terapia para el año calendario 2007, especialmente el uso del modificador KX y las regulaciones que gobiernan las excepciones.

#### Trasfondo

La Sección 1833(g)(5) de la Ley de Seguro Social estableció que, para servicios prestados durante el año calendario 2006, los FIs, RHHIs, y los contratistas de la Parte B pueden, bajo ciertas circunstancias, otorgar una excepción a los límites de terapia cuando el individuo registrado bajo el beneficio de la Parte B (o una persona que actúa en representación de ese individuo) solicita dicha excepción.

El 1 de enero de 2006, Medicare implementó limitaciones financieras en los servicios de terapia cubiertos (límites de terapia); sin embargo, el *Deficit Reduction Act* del 2006 dispuso excepciones a esta limitación de dinero, en los casos que se determina que los servicios adicionales de terapia son médicamente necesarios. Este proceso de excepción ha sido extendido mediante legislación reciente (el *Tax Relief and Health Care Act* del 2006) por un año adicional (año calendario 2007).

## Medical Policy

### OUTPATIENT THERAPY CAP EXCEPTION PROCESS FOR 2007

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON JANUARY 11, 2007, TO ELIMINATE A REFERENCE TO CEDARON. ALL OTHER INFORMATION REMAINS THE SAME.

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*Be sure you are aware of the requirements for the therapy cap exceptions for calendar year 2007, especially the use of the KX modifier and the rules governing the exceptions.*

#### Background

*Section 1833(g)(5) of the Social Security Act provided that, for services rendered during calendar year 2006, FIs, RHHIs, and carriers could, 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).*

*On January 1, 2006, Medicare implemented financial limitations on covered therapy services (therapy caps); however, the 2006 Deficit Reduction Act provided for exceptions to this dollar limitation) when the provision of additional therapy services is determined to be medically necessary. This exceptions process has been extended by recent legislation (the Tax Relief and Health Care Act of 2006) for one year (calendar year 2007).*

Cont. on next page

## Política Médica

Recuerde que se puede otorgar una excepción a los límites de terapia cuando un beneficiario requiere terapia especializada continua, (en otras palabras, terapia más allá de la cantidad pagadera bajo los límites de terapia) para poder alcanzar su estado funcional anterior o el estado funcional máximo esperado dentro de un tiempo razonable. La documentación que apoya la necesidad médica de esos servicios de terapia debe guardarse en el expediente del proveedor.

Además, debe notar que en el 2006, los Procesos de Excepción cayeron en dos categorías, Automática y Manual. Comenzando el 1 de enero de 2007 no se realizarán procesos manuales para excepciones, y todos los servicios que requieran excepciones a los límites de terapia se procesarán mediante el proceso automático.

### Puntos Clave

El CR 5478, del cual se extrae este artículo, provee instrucciones a los Contratistas sobre la implementación a corto plazo de esta legislación.

A continuación se detallan las instrucciones:

- Los contratistas otorgarán excepciones por un número de servicios médicamente necesarios si el beneficiario cumple con las condiciones descritas en el *Medicare Claims Processing Manual* (100-04), Capítulo 5 (*Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services*), Sección 10.2 (*The Financial Limitation*) para el 2007, (desplegada en la Tabla 1, más adelante). Los siguientes códigos ICD-9 describen las condiciones más típicas (etiología o diagnósticos médicos implícitos/fundamentales) que pueden resultar en las excepciones (marcadas con X) y las complejidades que PODRÍAN causar los servicios de terapia médicamente necesarios para cualificar para el proceso automático de excepción (marcado con \*) para cada disciplina por separado. Cuando la celda en la tabla está marcada con un trazo ( - ), el código de diagnóstico en la fila correspondiente no es apropiado para servicios bajo la disciplina en la columna correspondiente.

Por lo tanto, los servicios suministrados por esa disciplina para ese diagnóstico no

## Medical Policy

*Remember that a therapy cap exception may be made when a beneficiary requires continued skilled therapy, (in other words, therapy beyond the amount payable under the therapy cap) to achieve their prior functional status or maximum expected functional status within a reasonable amount of time. Documentation supporting the medical necessity of those therapy services must be kept on file by the provider.*

*Additionally, you should note that, in 2006, Exception Processes fell into two categories, Automatic, and Manual. Beginning January 1, 2007, there is no manual process for exceptions, and all services that require exceptions to caps will be processed using the automatic process.*

### Key Points

*CR 5478, from which this article is taken, provides instructions to contractors regarding the short term implementation of this legislation.*

*Details about these instructions follow:*

- *Contractors will grant exceptions for any number of medically necessary services if the beneficiary meets the conditions described in the Medicare Claims Processing Manual (100-04), Chapter 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), section 10.2 (The Financial Limitation) for 2007, (displayed in Table 1, below). The following ICD-9 codes describe the most typical conditions (etiology or underlying medical diagnoses) that may result in exceptions (marked X) and complexities that MIGHT cause medically necessary therapy services to qualify for the automatic process exception (marked \*) for each discipline separately. When the cell in the table is marked with a dash (-), the diagnosis code in the corresponding row is not appropriate for services by the discipline in the corresponding column.*

*Therefore, services provided by that discipline for that diagnosis do not qualify*

Cont. on next page

## Política Médica

cualifican para excepciones a los límites de terapia. Los servicios pueden ser apropiados cuando son suministrados por esa disciplina para otro diagnóstico apropiado bajo esa disciplina, que puede o no estar en esta tabla, y ese diagnóstico se debe documentar en la reclamación, si es posible, o en el expediente médico del paciente.

**Tabla 1**

Los códigos ICD-9 que describen diagnósticos que pueden resultar en las excepciones (marcadas con X) y las complejidades (marcado con \*) que PODRÍAN causar los servicios de terapia médicamente necesarios para cualificar para el proceso automático de excepción.

## Medical Policy

*for exception to caps. Services may be appropriate when provided by that discipline for another diagnosis appropriate to the discipline, which may or may not be on this table, and that diagnosis should be documented on the claim, if possible, or in the medical record.*

**Table 1**

*ICD-9 codes describing diagnoses that may result in excepted conditions (marked X) and complexities (marked \*) that MIGHT cause medically necessary therapy services to qualify for the automatic process exception.*

ICD-9 Cluster	ICD-9 (Cluster) Description	PT	OT	SLP
V43.61-V43.69	Joint Replacement	X	X	--
V45.4	Arthrodesis Status	*	*	--
V45.81-V45.82 and V45.89	Other Postprocedural Status	*	*	--
V49-61-V49.67	Upper Limb Amputation Status	X	X	--
V49.71-V49.77	Lower Limb Amputation Status	X	X	--
V54.10-V54.29	Aftercare for Healing Traumatic or Pathologic Fracture	X	X	--
V58.71-V58.78	Aftercare Following Surgery to Specified Body Systems, Not Elsewhere Classified	*	*	*
244.0-244.9	Acquired Hypothyroidism	*	*	*
250.00-251.9	Diabetes Mellitus and Other Disorders of Pancreatic Internal Secretion	*	*	*
276.0-276.9	Disorders of Fluid, Electrolyte, and Acid-Base Balance	*	*	*
278.00-278.01	Obesity and Morbid Obesity	*	*	*
280.0-289.9	Diseases of the blood and blood-forming organs	*	*	*
290.0-290.43	Dementias	*	*	*
294.0-294.9	Persistent Mental Disorders due to Conditions Classified Elsewhere	*	*	*
295.00-299.91	Other Psychoses	*	*	*
300.00-300.9	Anxiety, Disassociative and Somatoform Disorders	*	*	*
310.0-310.9	Specific Nonpsychotic Mental Disorders due to Brain Damage	*	*	*
311	Depressive Disorder, Not Elsewhere Classified	*	*	*
315.00-315.9	Specific delays in Development	*	*	*
317	Mild Mental Retardation	*	*	*
320.0-326	Inflammatory Diseases of the Central Nervous System	*	*	*
330.0-337.9	Hereditary and Degenerative Diseases of the Central Nervous System	X	X	X

Cont. on next page



## Política Médica

Tabla 1

Los códigos ICD-9 que describen diagnósticos que pueden resultar en las excepciones (marcadas con X) y las complejidades (marcado con \*) que PODRÍAN causar los servicios de terapia médicamente necesarios para cualificar para el proceso automático de excepción.

## Medical Policy

Table 1

ICD-9 codes describing diagnoses that may result in excepted conditions (marked X) and complexities (marked \*) that MIGHT cause medically necessary therapy services to qualify for the automatic process exception.

ICD-9 Cluster	ICD-9 (Cluster) Description	PT	OT	SLP
340-345.91 and 348.0-349.9	Other Disorders of the Central Nervous System	X	X	X
353.0-359.9	Disorders of the Peripheral Nervous system	X	X	--
365.00-365.9	Glaucoma	*	*	*
369.00-369.9	Blindness and Low Vision	*	*	*
386.00-386.9	Vertiginous Syndromes and Other Disorders of Vestibular System	*	*	*
389.00-389.9	Hearing Loss	*	*	*
401.0-405.99	Hypertensive Disease	*	*	*
410.00-414.9	Ischemic Heart Disease	*	*	*
415.0-417.9	Diseases of Pulmonary Circulation	*	*	*
420.0-429.9	Other Forms of Heart Disease	*	*	*
430-438.9	Cerebrovascular Disease	X	X	X
440.0-448.9	Diseases of Arteries, Arterioles, and Capillaries	*	*	*
451.0-453.9 and 456.0-459.9	Diseases of Veins and Lymphatics, and Other Diseases of Circulatory System	*	*	*
465.0-466.19	Acute Respiratory Infections	*	*	*
478.30-478.5	Paralysis, Polyps, or Other Diseases of Vocal Cords	*	*	*
480.0-486	Pneumonia	*	*	*
490-496	Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Allied Conditions	*	*	*
507.0-507.8	Pneumonitis due to solids and liquids	*	*	*
510.0-519.9	Other Diseases of Respiratory System	*	*	*
560.0-560.9	Intestinal Obstruction Without Mention of Hernia	*	*	*
578.0-578.9	Gastrointestinal Hemorrhage	*	*	*
584.5-586	Renal Failure and Chronic Kidney Disease	*	*	*
590.00-599.9	Other Diseases of Urinary System	*	*	*
682.0-682.8	Other Cellulitis and Abscess	*	*	--
707.00-707.9	Chronic Ulcer of Skin	*	*	--
710.0-710.9	Diffuse Diseases of Connective Tissue	*	*	*
711.00-711.99	Arthropathy Associated with Infections	*	*	--
712.10-713.8	Crystal Arthropathies and Arthropathy Associated with Other Disorders Classified Elsewhere	*	*	--
714.0-714.9	Rheumatoid Arthritis and Other Inflammatory Polyarthropathies	*	*	--
715.00-715.98	Osteoarthritis and Allied Disorders (Complexity except as listed below)	*	*	--
715.09	Osteoarthritis and allied disorders, multiple sites	X	X	--

Cont. on next page

## Política Médica

Tabla 1

Los códigos ICD-9 que describen diagnósticos que pueden resultar en las excepciones (marcadas con X) y las complejidades (marcado con \*) que PODRÍAN causar los servicios de terapia médicamente necesarios para cualificar para el proceso automático de excepción.

## Medical Policy

Table 1

ICD-9 codes describing diagnoses that may result in excepted conditions (marked X) and complexities (marked \*) that MIGHT cause medically necessary therapy services to qualify for the automatic process exception.

ICD-9 Cluster	ICD-9 (Cluster) Description	PT	OT	SLP
715.11	Osteoarthritis, localized, primary, shoulder region	X	X	--
715.15	Osteoarthritis, localized, primary, pelvic region and thigh	X	X	--
715.16	Osteoarthritis, localized, primary, lower leg	X	X	--
715.91	Osteoarthritis, unspecified id gen. or local, shoulder	X	X	--
715.96	Osteoarthritis, unspecified if gen. or local, lower leg	X	X	--
716.00-716.99	Other and Unspecified Arthropathies	*	*	--
717.0-717.9	Internal Derangement of Knee	*	*	--
718.00-718.99	Other Derangement of Joint (Complexity except as listed below)	*	*	--
718.49	Contracture of Joint, Multiple Sites	X	X	--
719.00-719.99	Other and Unspecified Disorders of Joint (Complexity except as listed below)	*	*	--
719.7	Difficulty Walking	X	X	--
720.0-724.9	Dorsopathies	*	*	--
725-729.9	Rheumatism, Excluding Back (Complexity except as listed below)	*	*	--
726.10-726.19	Rotator Cuff Disorder and Allied Syndromes	X	X	--
727.61-727.62	Rupture of Tendon, Nontraumatic	X	X	--
730.00-739.9	Osteopathies, Chondropathies, and Acquired Musculoskeletal Deformities (Complexity except as listed below)	*	*	--
733	Osteoporosis	X	X	--
741.00-742.9 and 745.0-748.9 and 754.0-756.9	Congenital Anomalies	*	*	*
780.31-780.39	Convulsions	*	*	*
780.71-780.79	Malaise and Fatigue	*	*	*
780.93	Memory Loss	*	*	*
781.0-781.99	Symptoms Involving Nervous and Musculoskeletal System (Complexity except as listed below)	*	*	*
781.2	Abnormality of Gait	X	X	--
781.3	Lack of Coordination	X	X	--
783.0-783.9	Symptoms Concerning Nutrition, Metabolism, and Development	*	*	*
784.3-784.69	Aphasia, Voice and Other Speech Disturbance, Other Symbolic Dysfunction	*	*	X
785.4	Gangrene	*	*	--
786.00-786.9	Symptoms involving Respiratory System and Other Chest Symptoms	*	*	*

Cont. on next page

# Política Médica

# Medical Policy

**Tabla 1**

**Table 1**

Los códigos ICD-9 que describen diagnósticos que pueden resultar en las excepciones (marcadas con X) y las complejidades (marcado con \*) que PODRÍAN causar los servicios de terapia médicamente necesarios para cualificar para el proceso automático de excepción.

*ICD-9 codes describing diagnoses that may result in excepted conditions (marked X) and complexities (marked \*) that MIGHT cause medically necessary therapy services to qualify for the automatic process exception.*

ICD-9 Cluster	ICD-9 (Cluster) Description	PT	OT	SLP
787.2	Dysphagia	*	*	X
800.00-828.1	Fractures (Complexity except as listed below)	*	*	--
806.00-806.9	Fracture of Vertebral Column With Spinal Cord Injury	X	X	--
810.11-810.13	Fracture of Clavicle	X	X	--
811.00-811.19	Fracture of Scapula	X	X	--
812.00-812.59	Fracture of Humerus	X	X	--
813.00-813.93	Fracture of Radius and Ulna	X	X	--
820.00-820.9	Fracture of Neck of Femur	X	X	--
821.00-821.39	Fracture of Other and Unspecified Parts of Femur	X	X	--
828.0-828.1	Multiple Fractures Involving Both Lower Limbs, Lower with Upper Limb, and Lower Limb(s) with Rib(s) and Sternum	X	X	--
830.0-839.9	Dislocations	X	X	--
840.0-848.8	Sprains and Strains of Joints and Adjacent Muscles	*	*	--
851.00-854.19	Intracranial Injury, excluding those With Skull Fracture	X	X	X
880.00-884.2	Open Wound of Upper Limb	*	*	--
885.0-887.7	Traumatic Amputation, Thumb(s), Finger(s), Arm and Hand (complete)(partial)	X	X	--
890.0-894.2	Open Wound Lower Limb	*	*	--
895.0-897.7	Traumatic Amputation, Toe(s), Foot/Feet, Leg(s) (complete)(partial)	X	X	--
905.0-905.9	Late Effects of Musculoskeletal and Connective Tissue Injuries	*	*	*
907.0-907.9	Late Effects of Injuries to the Nervous System	*	*	*
941.00-949.5	Burns	*	*	*
952.00-952.9	Spinal Cord Injury Without Evidence of Spinal Bone Injury	X	X	X
953.0-953.8	Injury to Nerve Roots and Spinal Plexus	X	X	*
959.01	Head Injury, Unspecified	X	X	X

- Los contratistas Medicare permitirán procesos automáticos de excepciones para los diagnósticos en la Tabla # 1, o para cualquier otro diagnóstico para el cual resulten apropiados los servicios de terapia, cuando el beneficiario necesita servicios de terapia adicionales a los límites establecidos (debido a cualquier condición o complejidad que se documente apropiadamente.)

- Medicare contractors will allow automatic process exceptions for diagnoses in the table above or any other diagnosis for which therapy services are appropriate when the beneficiary needs therapy services above the therapy cap (due to the occurrence of any condition or complexity that is appropriately documented).*

Cont. on next page

## Política Médica

- Para los códigos HCPCS de terapia que están sujetos a los límites de terapia en aquellas reclamaciones para las que usted solicita excepción, usted debe incluir el modificador KX para indicar que el clínico atestigua que los servicios son médicamente necesarios y que la justificación está documentada en el expediente médico del beneficiario. Durante el año calendario 2007, cuando las reclamaciones contengan el modificador KX, los contratistas harán caso omiso de los éditos que indican que un servicio de terapia ha excedido la limitación financiera, y pagarán por el servicio si el mismo es de otra forma cubierto y pagadero.
- Los contratistas no usarán el modificador KX como el indicador único de servicios que exceden los límites en el 2007, ya que habrá servicios con modificadores KX utilizados apropiadamente, que no representan servicios que exceden los límites de terapia.
- Los contratistas requerirán que la documentación para los servicios de terapia ambulatoria incluya información que se pueda medir y que sea objetiva sobre la función del paciente, **ya sea** usando uno de las cuatro herramientas de medición recomendadas (pero no requeridas):
  - *National Outcomes Measurement System (NOMS) de la American Speech-Language Hearing Association,*
  - *Patient Inquiry by Focus On Therapeutic Outcomes, Inc. (FOTO),,*
  - *Activity Measure – Post Acute Care (AM-PAC), o*
  - *OPTIMAL de la American Physical Therapy Association, o*mediante la inclusión de otra información, según describe en el *Medicare Benefit Policy Manual* (Pub. 100-02), Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Sección 220.3C (*Documentation Requirements for Therapy Services-Evaluation/Re-Evaluation and Plan of Care*).

## Medical Policy

- *For the therapy HCPCS codes subject to the cap limits in your claims to be excepted, you must include the KX modifier to indicate that the clinician attests that services are medically necessary and justification is documented in the medical record. In CY 2007, when claims contain a KX modifier, contractors will override edits that indicate that a therapy service has exceeded the financial limitation, and will pay for the service if it is otherwise covered and payable.*
- *Contractors will not use the KX modifier as the sole indicator of services that do exceed caps in 2007, because, there will be services with appropriately used KX modifiers that do not represent services that exceed the cap.*
- *Contractors will require that the documentation for outpatient therapy services include objective, measurable patient function information, **either** by using one of the four recommended (but not required) measurement tools:*
  - *(National Outcomes Measurement System (NOMS) by the American Speech-Language Hearing Association,*
  - *Patient Inquiry by Focus On Therapeutic Outcomes, Inc. (FOTO),*
  - *Activity Measure – Post Acute Care (AM-PAC), or*
  - *OPTIMAL by the American Physical Therapy Association), or**by including other information as described in the Medicare Benefit Policy Manual (Publication 100-02), chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), section 220.3C (Documentation Requirements for Therapy Services - Evaluation/Re-Evaluation and Plan of Care).*

Cont. on next page

## Política Médica

- Si uno de estos instrumentos no se encuentra en el expediente médico del paciente, el expediente debe contener documentación que indique la función física del beneficiario de manera objetiva y que se pueda medir, incluyendo, por ejemplo: (1) Evaluación funcional del individuo, por línea y resumen de puntuaciones (y comparaciones contra resultados de evaluaciones anteriores) de resultados de terapia comercialmente disponibles mediante el uso de herramientas que no sean aquellas listadas anteriormente; o (2) Resultados funcionales de evaluaciones (y comparaciones contra otros resultados de evaluaciones anteriores) de pruebas y mediciones validadas en la literatura profesional que sean apropiadas para la condición/función que se está midiendo; o (3) Otros progresos que se puedan medir encaminados hacia objetivos identificados para el funcionamiento en el ambiente del hogar cuando concluya este episodio de cuidado mediante terapia.

El proceso automático de excepciones para reclamaciones de terapia que reportan el modificador KX no impide que estas reclamaciones estén sujetas a revisión. El contratista puede evaluar las reclamaciones cuando considere que son potencialmente fraudulentas, si hay evidencia de falsificación de hechos, o si existe un patrón de facturación aberrante.

**Nota:** Reclamaciones por servicios por encima del límite, que se deniegan, se consideran denegaciones de categoría de beneficio, y el beneficiario es responsable del pago. Además, los proveedores no necesitan emitir un ABN (Advanced Beneficiary Notice) para estas denegaciones de categoría de beneficio.

Sepa que los Contratistas no tienen que buscar en sus archivos para retractarse del pago de reclamaciones ya pagadas, o para pagar reclamaciones retroactivamente, pero si abrirán nuevamente y/o ajustarán las reclamaciones que usted traiga a su atención.

**Nota Final:** El CR5478 también reubica alguna información. Políticas de Instalaciones de Rehabilitación Comprensiva para Pacientes

## Medical Policy

- *If one of these instruments is not in the patient's medical record, the record must contain documentation to indicate objective, measurable beneficiary physical function including, for example: 1) Functional assessment individual item and summary scores (and comparisons to prior assessment scores) from commercially available therapy outcomes instruments other than those listed above; or 2) Functional assessment scores (and comparisons to prior assessment scores) from tests and measurements validated in the professional literature that are appropriate for the condition/function being measured; or 3) Other measurable progress towards identified goals for functioning in the home environment at the conclusion of this therapy episode of care.*

*The automatic exceptions process for therapy claims reporting the KX modifier does not preclude these claims from being subject to review. The contractor may review claims when they are potentially fraudulent, where there is evidence of misrepresentation of facts, or where there is a pattern of aberrant billing.*

**Note:** *Claims for services above the cap, which are denied, are considered benefit category denials, and the beneficiary is liable. Further, providers do not need to issue an ABN for these benefit category denials.*

*Be aware that contractors do not have to search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims, but will reopen and/or adjust claims brought to their attention.*

**Final note:** *The CR5478 also relocates some information. Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF) policies for*

Cont. on next page

## Política Médica

Ambulatorios (CORF por sus siglas en inglés) para (1) Servicios de Terapia Grupal, y (2) Estudiantes de terapia, se consideran iguales a otros servicios ambulatorios de la Parte B para servicios de terapia grupal y estudiantes de terapia. Los mismos están ahora disponibles en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, sección 230.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información acerca del proceso de excepción a los límites de terapia ambulatoria para el 2007 en el CR 5478. El CR 5478 en realidad se publica en 3 “Transmittals” separados, una por cada manual que se revisa. Los anejos para cada uno de los “Transmittals” incluyen las actualizaciones al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 5, (*Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services*), Sección 10.2 (*The Financial Limitation*) para el 2007; el *Program Integrity Manual*, Capítulo 3 (*Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions*), Sección 3.4.1.1.1 (*Exception From the Uniform Dollar Limitation (“Therapy Cap”)*), y el *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Sección 220.3C (*Documentation Requirements for Therapy Services—Evaluation/Re-Evaluation and Plan of Care*). Le exhortamos a que se familiarice con estas importantes secciones del manual. Usted puede encontrar estos “Transmittals” en el sitio Web CMS en los siguientes enlaces:

- El “Transmittal” del Medicare Claims Processing Manual: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1145CP.pdf>;
- El “Transmittal” del Medicare Benefit Policy Manual: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R63BP.pdf>; y
- El “Transmittal” del Medicare Program Integrity Manual: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R181PI.pdf>.

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

## Medical Policy

1) *Group therapy services* and 2) *Therapy students*, are the same as other Part B outpatient services policies for group therapy services and therapy students; and can now be found in the *Medicare Benefit Policy Manual*, chapter 15, section 230.

### Additional Information

You can find more information about the outpatient therapy cap exception process for 2007 by going to CR 5478. CR5478 is actually issued in 3 separate transmittals, one for each manual being revised. The attachments to each of the transmittals include the updates to the *Medicare Claims Processing Manual*, Chapter 5 (*Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services*), section 10.2 (*The Financial Limitation*) for 2007; the *Program Integrity Manual*, Chapter 3 (*Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions*), Section 3.4.1.1.1 (*Exception From the Uniform Dollar Limitation (“Therapy Cap”)*), and the *Medicare Benefit Policy Manual*, chapter 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Section 220.3C (*Documentation Requirements for Therapy Services - Evaluation/Re-Evaluation and Plan of Care*). You are encouraged to be familiar with these important manual sections. You can find these transmittals on the CMS web site at:

- *The Medicare Claims Processing Manual transmittal* - <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1145CP.pdf>;
- *The Medicare Benefit Policy Manual transmittal* - <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R63BP.pdf> and
- *The Medicare Program Integrity Manual transmittal* - <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R181PI.pdf>.

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

MM5478/Trans R1145CP, R181PI, R63BP/12-29-06/mlv rrc

## Política Médica

### ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA) INTRACRANEAL CON “STENTING”

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que deseen someter sus reclamaciones a los Contratistas de Medicare de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto del servicio de Angioplastía Transluminal Percutánea (PTA, por sus siglas en inglés) Intracraneal con “*stenting*”.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Usted debe estar informado que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han evaluado la evidencia y han determinado que, vigente para pacientes dados de alta a partir del 6 de noviembre de 2006, Medicare cubrirá el servicio PTA con “*stenting*” de arterias intracraneales para el tratamiento de *estenosis* de arterias cerebrales  $\geq 50\%$  en pacientes con enfermedad arteriosclerótica intracraneal, cuando dicho tratamiento se suministra de acuerdo a los protocolos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) que rigen ensayos clínicos para IDE de la Categoría B. El pago del PTA Intracraneal con “*stenting*” se considera razonable y necesario bajo la Sección 1862(a)(1)(A) de la Ley de Seguro Social, bajo estas circunstancias. Todas las demás indicaciones del PTA intracraneal con o sin “*stenting*” para el tratamiento de lesiones obstructivas de arterias cerebrales o vertebrales permanecen sin cubierta.

#### Trasfondo

Este artículo y la Petición de Cambio relacionada (CR5432) comunican los hallazgos y la revisión a la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) resultantes del análisis para determinar si el PTA debe estar cubierto por Medicare. En el pasado, el PTA para el

## Medical Policy

### INTRACRANIAL PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) WITH STENTING

#### Provider Types Affected

*Physicians and providers who may wish to submit claims to Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs) and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for PTA Stenting.*

#### Provider Action Needed

*Be aware that The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has reviewed the evidence and determined that, effective for discharges on or after November 6, 2006, Medicare will cover PTA with stenting of intracranial arteries for treatment of cerebral artery stenosis  $\geq 50\%$  in patients with intracranial atherosclerotic disease when furnished in accordance with FDA-approved protocols governing Category B IDE clinical trials. Payment for intracranial PTA with stenting is considered reasonable and necessary under §1862(a)(1)(A) of the Social Security Act under these circumstances. All other indications for intracranial PTA with or without stenting to treat obstructive lesions of the vertebral and cerebral arteries remain non-covered.*

#### Background

*This article and related Change Request (CR) 5432 communicate the findings and revised national coverage determination (NCD) resulting from analysis to determine if PTA should be covered by Medicare. In the past, PTA to treat obstructive lesions of the*

Cont. on next page

## Política Médica

tratamiento de lesiones obstructivas de arterias cerebrales no tenía cubierta de Medicare debido a que no se había podido establecer la eficacia y la seguridad del proceso. Este NCD significaba que el procedimiento tampoco tenía cubierta para beneficiarios participantes de ensayos clínicos IDE (Investigational Device Exemption) aprobadas por la FDA. El 9 de febrero de 2006, una petición de reconsideración de este NCD dio inicio a un análisis de cubierta nacional.

### Puntos Clave

- Vigente el 6 de noviembre de 2006, Medicare cubrirá el servicio de PTA y “*stenting*” de arterias intracraneales para el tratamiento de estenosis de arterias cerebrales  $\geq 50\%$  en pacientes con enfermedad arteriosclerótica intracraneal, cuando dicho tratamiento se suministra de acuerdo a los protocolos aprobados por la FDA que rigen ensayos clínicos para IDE de la Categoría B. CMS determinó que la cubierta del PTA Intracraneal y “*stenting*” es razonable y necesaria bajo estas circunstancias:
- Proveedores que facturan a los FIs y A/B MACs deben notar que esta cubierta aplica a reclamaciones con:
  - Una fecha de alta a partir del 6 de noviembre de 2006;
  - Códigos de Procedimientos ICD-9-CM de 00.62 y 00.65, cuando ambos están presente.
  - Código de Diagnóstico ICD-9-CM 437.0 presente; y
  - El número del IDE presente en una línea de “*revenue code*” 0624.
- Proveedores no institucionales que facturan a los Contratistas de la Parte B o A/B MACs de Medicare deben notar que esta cubierta aplica a reclamaciones con:
  - Código CPT 37799 (*Unlisted procedure; vascular surgery*);

## Medical Policy

*cerebral arteries was non-covered by Medicare because the safety and efficacy of the procedure had not been established. This NCD meant that the procedure was also non-covered for beneficiaries participating in Food and Drug Administration (FDA) approved Investigational Device Exemption (IDE) clinical trials. On February 9, 2006, a request for reconsideration of this NCD initiated a national coverage analysis.*

### Key Points

- *Effective November 6, 2006, Medicare covers PTA and stenting of intracranial arteries for the treatment of cerebral artery stenosis  $\geq 50\%$  in patients with intracranial atherosclerotic disease when furnished in accordance with the Food and Drug Administration (FDA)-approved protocols governing Category B Investigational Device Exemption (IDE) clinical trials. CMS determined that coverage of intracranial PTA and stenting is reasonable and necessary under these circumstances.*
- *Providers billing FIs and A/B MACs should note this coverage applies to claims with:*
  - *A discharge date on or after November 6, 2006;*
  - *ICD-9-CM procedure codes of 00.62 and 00.65 both being present;*
  - *ICD-9CM diagnosis code 437.0 present; and*
  - *The IDE number present on a 0624 revenue code line.*
- *Non-institutional providers billing Medicare carriers or A/B MACs should note this coverage applies to claims with:*
  - *CPT code 37799 (Unlisted procedure, Vascular surgery);*

Cont. on next page



## Política Médica

-- Un modificador QA que denote que se trata de una prueba clínica para IDE de la Categoría B; y

-- El número de IDE apropiado.

- Todas las demás indicaciones de PTA (con o sin “stenting”) para el tratamiento de lesiones obstructivas de arterias vertebrales o cerebrales, permanecen sin cubierta. La seguridad y eficacia de estos procedimientos aún no se ha establecido.

### Información Adicional

Para detalles completos sobre el CR5432, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o A/B MAC de Medicare. La misma consta de dos (2) “Transmittals”. El primer “Transmittal” está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS, y contiene las porciones revisadas del *Medicare Claims Processing Manual*: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1147CP.pdf>. El segundo “Transmittal” contiene la determinación de cubierta nacional y se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R64NCD.pdf>.

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

## Medical Policy

-- A QA modifier to denote Category B IDE clinical trial; and

-- The appropriate IDE number.

- All other indications for PTA with or without stenting to treat obstructive lesions of the vertebral and cerebral arteries remain non-covered. The safety and efficacy of these procedures are not established.

### Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5432) issued to your Medicare carrier, FI or A/B MAC. That instruction is contained in two transmittals. The first transmittal is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1147CP.pdf> on the CMS web site and it contains the revised portions of the Medicare Claims Processing Manual. The second transmittal contains the national coverage determination and it is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R64NCD.pdf>.

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

MM5432/Trans R64NCD & R1147CP/CR5432/01-05-07/mlv rrc

## RESUMEN DE LOS SERVICIOS DE PODIATRÍA DE MEDICARE

### Proveedores Afectados

Este artículo está dirigido a aquellos proveedores que facturan a Medicare por servicios de podiatría y el mismo tiene propósitos informativos solamente. Es un resumen de la política existente y no se está comunicando ningún cambio en la política.

### Servicios de Podiatría de Medicare

Se define podiatría como “la especialidad que tiene que ver con el diagnóstico y/o tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, físico, y complementario de enfermedades, lesiones, y defectos del pie humano.” (Diccionario Médico Stedman 27ma. Edición).

## OVERVIEW OF MEDICARE PODIATRY SERVICES

### Provider Types Affected

This article is for informational purposes only for providers billing Medicare for podiatry services. It is an overview of existing policy and no change in policy is being conveyed.

### Medicare Podiatry Services

Podiatry is defined as “the specialty concerned with the diagnosis and/or medical, surgical, mechanical, physical, and adjunctive treatment of the diseases, injuries, and defects of the human foot.” (Stedman’s Medical Dictionary 27<sup>th</sup> ed.)

Cont. on next page

## Política Médica

Esto puede incluir el cuidado de rutina del pie, así como también el cuidado relacionado con condiciones sistémicas subyacentes, tales como enfermedades metabólicas, neurológicas o enfermedades vasculares periferales, o lesiones, úlceras, heridas, e infecciones.

### Servicios de Podiatría Cubiertos por Medicare

De acuerdo con el *Medicare Benefit Policy Manual (MBPM)*, Capítulo 15, Sección 290, los Servicios de Podiatría Cubiertos por Medicare, solamente incluyen el cuidado del pie médicamente necesario y razonable. Cualquier otro servicio de podiatría ofrecido será considerado cuidado de rutina y se clasificará como un beneficio *Adicional, Obligatorio, Suplementario, u Opcional Suplementario*.

Al Resumen de Beneficios se le han hecho cambios significativos. La categoría de “Servicios Médicamente Necesarios para el Cuidado del Pie y Servicios de Podiatría (Cuidado de Rutina)” ha sido combinada en una sola categoría conocida como “Servicios de Podiatría”.

Por favor note que el tratamiento de **verrugas** en el pie (incluyendo las verrugas plantares) está cubierto de la misma manera que están cubiertos los servicios suministrados para el tratamiento de verrugas localizadas en otras partes del cuerpo.

### Exclusiones de Cobertura

Ciertos servicios relacionados con el cuidado del pie generalmente no están cubiertos por Medicare, (aunque existen algunas excepciones donde ciertos servicios se cubrirán). En general, los siguientes servicios, ya sea realizados por un podiatra, osteópata, o doctor en medicina, y sin tomar en cuenta la dificultad o la complejidad del procedimiento, **no están cubiertos por Medicare**.

## Medical Policy

*This can include routine care of the foot as well as care related to underlying systemic conditions such as metabolic, neurologic or peripheral vascular disease, or injury, ulcers, wounds, and infections.*

### Medicare Covered Podiatry Services

*According to the Medicare Benefit Policy Manual (MBPM), Chapter 15, Section 290, Medicare Covered Podiatry Services only include medically necessary and reasonable foot care. Any other podiatry services that are offered would be considered routine care and would be classified as either Additional, Mandatory, Supplemental, or Optional Supplemental benefits.*

*Significant changes have been made in the Summary of Benefits. The category of “Medically Necessary Foot Care and Podiatry Services (Routine care)” has been merged into one category, “Podiatry Services.”*

*Please note that the treatment of **warts** (including plantar warts) on the foot is covered to the same extent as services provided for the treatment of warts located elsewhere on the body.*

### Exclusions from Coverage

*Certain foot care related services are not generally covered by Medicare, (though there are some exceptions where certain services will be covered). In general, the following services, whether performed by a podiatrist, osteopath or doctor of medicine, and without regard to the difficulty or complexity of the procedure, **are not covered by Medicare**:*

Cont. on next page

Servicio de Podiatría Excluido	Excepción a las Exclusiones (Cubierto por Medicare)
<p><b>Cuidado Rutinario del Pie</b></p>	<p>Servicios iniciales de diagnóstico provistos en asociación con un síntoma específico o una queja si parece probable que el tratamiento estaría cubierto a pesar de que el diagnóstico que resulte finalmente pudiese ser uno que requiera cuidado no cubierto solamente.</p> <p>La presencia de una condición sistémica tal como una enfermedad metabólica, neurológica o una enfermedad vascular periferal pudiese requerir un cuidado del pie escrupuloso por un profesional de la salud que en ausencia de dichas condiciones el cuidado se consideraría rutinario.</p> <p>Uñas micóticas – En ausencia de una enfermedad sistémica, el tratamiento para uñas micóticas se puede cubrir cuando el médico que documenta la condición micótica indica que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe evidencia clínica de micosis de la uña del pie y</li> <li>-El paciente tiene una marcada limitación para caminar (para pacientes ambulatorios) dolor, o infección secundaria como resultado del engrosamiento y distrofia del lecho de la uña del pie.</li> </ul> <p>Los procedimientos rutinarios están cubiertos solamente si el paciente está bajo el cuidado activo de un doctor en medicina u osteopatía que documenta la condición para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabetes mellitas</li> <li>-Tromboflebitis crónica</li> <li>-Neuropatías periferales relacionadas con los pies asociadas con:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mala nutrición y deficiencia vitamínica tal como mala nutrición (general, pelagra), alcoholismo, mala absorción, (enfermedad celiaca, esprúe tropical), y anemia perniciosa.</li> <li>---Carcinoma</li> <li>---Diabetes mellitas</li> <li>---Drogas y toxinas</li> <li>---Esclerosis múltiple</li> <li>---Uremia (enfermedad crónica renal)</li> </ul> </li> </ul> <p>A pesar de que la intención no es proveer una lista completa, algunas de las condiciones subyacentes más comunes que pudiesen justificar la cobertura del cuidado rutinario del pie se enumeran en el Capítulo 15, Sección 290 del “Medicare Benefit Policy Manual (Pub 100-2)”.</p>
<p><b>Pies Plano</b></p>	<p>Ninguna</p>
<p><b>Subluxación del Pie</b></p>	<p>Tratamiento médico o quirúrgico de una subluxación de la articulación del tobillo (articulación talocrural).</p> <p>Servicios médicos o quirúrgicos razonables y médicamente, diagnóstico, o tratamiento para condiciones médicas que resultaron de o están asociadas con desplazamientos parciales de estructuras.</p>
<p><b>Aparatos de Apoyo para el Pie</b></p>	<p>Zapatos ortóticos que forman parte integral de una abrazadera para una pierna (el costo está incluido en el costo de la abrazadera).</p> <p>Zapatos terapéuticos para beneficiarios diabéticos.</p>
<p><b>Zapatos Terapéuticos para Individuos Diabéticos</b></p>	<p>Una excepción estrecha permite la cobertura de zapatos especiales y de plantillas para ciertos pacientes con diabetes. (Capítulo 15, sección 140 del “Medicare Benefit Policy Manual”)</p>

Cont. on next page

# Política Médica

# Medical Policy

Podiatry Service Excluded	Exception To Exclusions (Covered by Medicare)
<p><b>Routine Foot Care</b></p>	<p>Initial diagnostic services performed in connection with a specific symptom or complaint if it seems likely that its treatment would be covered even though the resulting diagnosis may be one requiring only noncovered care.</p> <p>The presence of a systemic condition – such as metabolic, neurologic, or peripheral vascular disease may require scrupulous foot care by a professional that in the absence of such condition(s) would be considered routine.</p> <p>Mycotic nails – In the absence of a systemic condition, treatment of mycotic nails may be covered when the physician attending the patient’s mycotic condition documents that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-There is clinical evidence of mycosis of the toenail, and</li> <li>-The patient has marked limitation of ambulation, [for ambulatory patients] pain, or secondary infection resulting from the thickening and dystrophy of the infected toenail plate.</li> </ul> <p>Routine procedures are covered only if the patient is under the active care of a doctor of medicine or osteopathy who documents the condition for the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabetes mellitus</li> <li>-Chronic thrombophlebitis</li> <li>-Peripheral neuropathies involving feet associated with:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Malnutrition and vitamin deficiency such as malnutrition (general, pellagra), alcoholism, malabsorption (celiac disease, tropical sprue), and pernicious anemia</li> <li>-- Carcinoma</li> <li>-- Diabetes mellitus</li> <li>-- Drugs and toxins</li> <li>-- Multiple sclerosis</li> <li>-- Uremia (chronic renal disease).</li> </ul> </li> </ul> <p>Although not intended as a comprehensive list, Chapter 15, Section 290 of the Medicare Benefit Policy Manual (Pub 100-2) lists some of the most commonly underlying conditions that might justify coverage for routine foot care.</p>
<p><b>Flat Foot</b></p>	<p>None</p>
<p><b>Subluxation of the Foot</b></p>	<p>Medical or surgical treatment of subluxation of the ankle joint (talo-crural joint). Reasonable and necessary medical or surgical services, diagnosis, or treatment for medical conditions that have resulted from or are associated with partial displacement of structures.</p>
<p><b>Supportive Devices for Feet</b></p>	<p>Orthotic shoes that are an integral part of a leg brace (the expense is included as part of the cost of the brace) Therapeutic shoes for diabetic beneficiaries</p>
<p><b>Therapeutic Shoes for Individuals with Diabetes</b></p>	<p>A narrow exception permits coverage of special shoes and inserts for certain patients with diabetes. (MBPM, chapter 15, section 140)</p>

**Presunción de Cobertura para Servicios de Rutina**

Al evaluar si los servicios de rutina se pueden reembolsar, puede hacerse una presunción de cobertura donde exista evidencia disponible que

**Presumption of Coverage for Routine Services**

*When evaluating whether the routine services can be reimbursed, a presumption of coverage*

Cont. on next page

## Política Médica

revela algunos hallazgos físicos y/o clínicos consecuentes con el diagnóstico e indicativos de involucramiento periferal severo. Para propósitos de aplicar esta presunción, favor de referirse al *Medicare Benefit Policy Manual* (MBPM), Capítulo 15, Sección 140.

Cuando los servicios de rutina los **suministra un podiatra**, su contratista de la Parte B de Medicare puede considerar que se ha cumplido con el requisito de cuidado activo si la reclamación o alguna otra evidencia disponible demuestra que el paciente lo vio un Doctor en Medicina o un Doctor en Osteopatía para el tratamiento y/o evaluación del proceso de complicación de la enfermedad durante el período de seis meses antes de la prestación de los servicios tipo rutina.

El contratista de la Parte B puede también aceptar la declaración del podiatra de que el Doctor en Medicina o el Doctor en Osteopatía que está tratando y diagnosticando también concuerda con los hallazgos del podiatra en lo que se refiere a la severidad del involucramiento periferal severo que se indica.

### **Cuidado del Pie para Pacientes con Enfermedad Crónica**

#### **Pérdida de Sensación Protectora (LOPS)**

Vigente para servicios suministrados a partir del 1 de julio de 2002, Medicare cubre una evaluación (examen y tratamiento) del pie, no más frecuentemente que cada seis meses, para individuos con un diagnóstico documentado de neuropatía sensorial diabética y Pérdida de Sensación Protectora (LOPS, por sus siglas en inglés), siempre y cuando el beneficiario no haya visto en el ínterin a un especialista en cuidado del pie por alguna otra razón.

El diagnóstico de neuropatía sensorial diabética con LOPS se debe establecer y documentar previo a la decisión de cobertura del cuidado del pie. Otras causas de neuropatía periferal lo debe considerar e investigar el médico de cuidado primario antes de iniciar tratamiento o referir a personas con LOPS para cuidado del pie.

Para información adicional, por favor, refiérase al *National Coverage Determination Manual*, Sección 70.2.1.

## Medical Policy

*may be made where the evidence available discloses certain physical and/or clinical findings consistent with the diagnosis and indicative of severe peripheral involvement. For the purposes of applying this presumption, please refer to the Medicare Benefit Policy Manual (MBPM), Chapter 15, Section 140.*

*When the routine services are **rendered by a podiatrist**, your Medicare carrier may deem the active care requirement met if the claim or other evidence available discloses that the patient has seen an M.D. or D.O. for treatment and/or evaluation of the complicating disease process during the six-month period prior to the rendition of the routine-type services.*

*The carrier may also accept the podiatrist's statement that the diagnosing and treating M.D. or D.O. also concurs with the podiatrist's findings as to the severity of the peripheral involvement indicated.*

### **Foot Care for Patients with Chronic Disease**

#### **Loss of Protective Sensation (LOPS)**

*Effective for services furnished on or after July 1, 2002, Medicare covers an evaluation (examination and treatment) of the feet no more often than every six months for individuals with a documented diagnosis of diabetic sensory neuropathy and LOPS, as long as the beneficiary has not seen a foot care specialist for some other reason in the interim.*

*The diagnosis of diabetic sensory neuropathy with LOPS should be established and documented prior to coverage of foot care. Other causes of peripheral neuropathy should be considered and investigated by the primary care physician prior to initiating or referring for foot care for persons with LOPS.*

*Please refer to the National Coverage Determination Manual, Section 70.2.1, for additional information.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Tratamiento para el Cuidado de Heridas

#### Electroestimulación para Heridas (Reclamaciones sometidas a partir del 6 de julio de 2004)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) permitirán cobertura para el uso de estimulación eléctrica y electromagnética en úlceras crónicas de presión en Etapa III y Etapa IV, úlceras arteriales, úlceras diabéticas, y úlceras venosas por estasis. Todos los otros usos de estimulación eléctrica y electromagnética para el tratamiento de heridas no están cubiertos. Las úlceras crónicas se definen como úlceras que no han sanado en un periodo de 30 días luego de su ocurrencia.

Para información adicional, por favor, haga referencia al *National Coverage Decision: NCA for Electrostimulation for Wounds (CAG-00068R)*. Las Decisiones de Cobertura Nacional (NCDs por sus siglas en inglés) se encuentran disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=28>.

#### Terapia Hiperbárica de Oxígeno (HBO, por sus siglas en inglés) para Heridas Hipóxicas y Heridas Diabéticas de las Extremidades Inferiores (CAG-00060N)

Para las reclamaciones sometidas a partir del 1 de abril de 2000, la terapia HBO en el tratamiento de heridas diabéticas de las extremidades inferiores estará cubierta en pacientes que cumplan con cada uno de los siguientes tres criterios.

##### El paciente tiene:

1. Diabetes Tipo I o Tipo II y tiene una herida en una extremidad inferior que se debe a la diabetes.
2. Una herida clasificada "Wagner" Grado III o mayor; y
3. No se logró resultados con un curso adecuado de terapia estándar de heridas (definida más abajo).

## Medical Policy

### Treatments for Wound Care

#### *Electrostimulation for Wounds (Claims submitted on or after 7/6/2004)*

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will allow for coverage for the use of electrical and electromagnetic stimulation for chronic Stage III and Stage IV pressure ulcers, arterial ulcers, diabetic ulcers, and venous stasis ulcers. All other uses of electrical and electromagnetic stimulation for the treatment of wounds are noncovered. Chronic ulcers are defined as ulcers that have not healed within 30 days of occurrence.*

*Please refer to the National Coverage Decision: **NCA for Electrostimulation for Wounds (CAG-00068R)** for additional information. National Coverage Decisions are available at <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=28> on the CMS website.*

#### *Hyperbaric Oxygen (HBO) Therapy for Hypoxic Wounds and Diabetic Wounds of the Lower Extremities (CAG-00060N)*

*For claims submitted on or after April 1, 2000, HBO therapy in the treatment of diabetic wounds of the lower extremities will be covered in patients who meet each of the following three criteria.*

##### Patient has:

1. *Type I or Type II Diabetes and has a lower extremity wound that is due to diabetes;*
2. *A wound classified as Wagner grade III or higher; and has*
3. *Failed an adequate course of standard wound therapy (defined below).*

Cont. on next page

## Política Médica

El uso de terapia HBO se cubrirá como terapia complementaria **solamente después de que no se vean signos medibles de curación por lo menos durante 30 días de tratamiento con terapia** estándar de la herida, y debe usarse en adición al cuidado estándar de la herida.

Se considera que no hubo respuesta al cuidado estándar de la herida cuando no hay signos medibles de curación después de por lo menos 30 días consecutivos. Las heridas se deben evaluar por lo menos cada 30 días durante la administración de la terapia HBO. La continuación del tratamiento de terapia HBO no está cubierta, si no se han demostrado signos medibles de curación dentro de cualquier período de 30 días de tratamiento.

Para más información sobre la terapia HBO para heridas diabéticas de las extremidades inferiores, refiérase al *National Coverage Determination* (CAG-00060N). Ese documento se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=37>.

### Guías de Facturación Adicionales

#### Reclamaciones Que Envuelven Condiciones Agravantes

Al someter reclamaciones por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare que presentan condiciones agravantes, **el nombre del M.D. o D.O. que diagnosticó la condición agravante se debe someter con la reclamación**, junto con la **fecha aproximada** en la cual el médico que se indica vio al beneficiario por última vez.

- Documente cuidadosamente cualquier evidencia convincente que demuestre que un servicio suministrado por un no-profesional pudo haber sido peligroso para el beneficiario debido a una enfermedad sistémica implícita. Indicar que el beneficiario tiene una condición agravante, tal como diabetes, no necesariamente indica la severidad de la condición.
- La exclusión del cuidado del pie se **determina por la naturaleza del servicio** y no de acuerdo a quién provee el servicio. Cuando una factura desglosada por artículo muestra

## Medical Policy

*The use of HBO therapy will be covered as adjunctive therapy **only after there are no measurable signs of healing for at least 30-days of treatment with standard wound therapy** and must be used in addition to standard wound care.*

*Failure to respond to standard wound care occurs when there are no measurable signs of healing for at least 30 consecutive days. Wounds must be evaluated at least every 30 days during administration of HBO therapy. Continued treatment with HBO therapy is not covered if measurable signs of healing have not been demonstrated within any 30-day period of treatment.*

*For more information about HBO therapy for diabetic wounds of the lower extremities, please refer to the National Coverage Determination (CAG-00060N). That document is available at <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=37> on the CMS website.*

### Additional Billing Guidelines

#### Claims Involving Complicating Conditions

*When submitting claims for services furnished to Medicare beneficiaries who have complicating conditions, **the name of the M.D. or D.O. who diagnosed the complicating condition must be submitted with the claim**, along with the **approximate date** that the beneficiary was last seen by the indicated physician.*

- *Document carefully any convincing evidence showing that non-professional performance of a service would have been hazardous for the beneficiary because of an underlying systemic disease. Stating that the beneficiary has a complicating condition such as diabetes does not of itself indicate the severity of the condition.*
- *The exclusion of foot care is **determined by the nature of the service** and not according to who provides the service.*

Cont. on next page

## Política Médica

tanto servicios cubiertos como los servicios no-cubiertos, que no están integralmente relacionados al servicio cubierto, la porción de los cargos atribuible a los servicios no cubiertos debe ser denegada.

- Algunas veces se hace el pago por servicios incidentales no-cubiertos que se realizan como una parte necesaria e integral del, y secundaria al procedimiento cubierto. Por ejemplo, si las uñas del pie se deben cortar a fin de aplicar un yeso a un pie fracturado, entonces el cargo por haber cortado las uñas estará cubierto.
- Sin embargo, un cargo desglosado por separado para este servicio excluido no estaría permitido. Refiérase a su Contratista de Medicare para preguntas respecto a cobertura de servicios que son “incidentales a” un procedimiento cubierto.
- También puede encontrar información acerca de cobertura **incidental a los servicios profesionales del médico** en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, Servicios de Salud y Otros Servicios Médicos Cubiertos, Sección 60 – Servicios y Suministros.

### Zapatos Terapéuticos para Individuos con Diabetes (MBPM, Capítulo 15, Sección 140)

- Cobertura de zapatos terapéuticos de profundidad y moldeados a la medida, así como plantillas para individuos con diabetes está disponible desde el 1 de mayo de 1993.
- Estos zapatos para diabéticos están cubiertos si se cumple con los requisitos especificados en el *Medicare Benefits Policy Manual*, Capítulo 15, Sección 140, sobre la certificación y la receta del médico.
- Este beneficio permite un par de zapatos para diabéticos, cada uno de ellos equipado de modo que la extremidad afectada, así como también la extremidad saludable, estén protegidas (para ambos pies), aún cuando el paciente sufra de la enfermedad del pie diabético en un solo pie.

## Medical Policy

*When an itemized bill shows both covered services and noncovered services that are not integrally related to the covered service, the portion of the charges that are attributable to the noncovered services should be denied.*

- *Sometimes payment is made for incidental noncovered services that are performed as a necessary and integral part of, and secondary to, a covered procedure. For example, if toenails must be trimmed in order to apply a cast to a fractured foot, then the charge for the trimming of nails would be covered.*
- *However, a separately itemized charge for this excluded service would not be allowed. Please refer to your Medicare contractor for questions about coverage that is “incident to” a covered procedure.*
- *Information about coverage **Incident to Physician’s Professional Services** can also be found in the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15, Covered Medical and Other Health Services, Section 60 – Services and Supplies.*

### Therapeutic Shoes for Individuals with Diabetes (MBPM, Chapter 15, Section 140)

- *Coverage of depth or custom-molded therapeutic shoes and inserts for individuals with diabetes is available as of May 1, 1993.*
- *These diabetic shoes are covered if the requirements specified in the Medicare Benefits Policy Manual, Chapter 15, Section 140, regarding certification and prescription are met.*
- *This benefit provides for a pair of diabetic shoes each equipped so that the affected limb, as well as the remaining limb, is protected, for both feet, even if only one foot suffers from diabetic foot disease.*

Cont. on next page



## Política Médica

- Las reclamaciones para zapatos terapéuticos para diabéticos las procesan los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs). Los zapatos terapéuticos para diabéticos no son equipo médico duradero y no se consideran equipo médico duradero, ni equipo ortopédico, sino una categoría de cobertura por separado bajo la Parte B de Medicare.

### Enlaces Relacionados

#### Manuales de Medicare

El *Medicare Benefit Policy Manual*, Publicación 100-2, Capítulo 15, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>.

El *Medicare Program Integrity Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/pim83c05.pdf>.

El *Medicare Carrier Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/PBM/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS021921>.

El *National Coverage Determination Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/itemdetail.asp?filterType=keyword&filterValue=national&filterByDID=0&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS0149>.

#### Decisiones de Cobertura Local

La Base de Datos de Cobertura de Medicare provee acceso a los artículos sobre decisiones de cobertura local publicados para los Contratistas de Medicare. Estos artículos se encuentran disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/mcd/index\\_local\\_alpha.asp?from=alphaarticle&letter=P](http://www.cms.hhs.gov/mcd/index_local_alpha.asp?from=alphaarticle&letter=P).

#### Artículos MLN Matters y CRs Relacionados

El *Program Memorandum Transmittal AB-02-096*, CR2269, "Coverage and Billing of the *Diagnosis and Treatment of Peripheral Neuropathy*

## Medical Policy

- Claims for therapeutic shoes for diabetics are processed by the durable medical equipment regional carriers (DMERCs). Therapeutic shoes for diabetics are not DME and are not considered DME nor orthotics, but a separate category of coverage under Medicare Part B.*

### Related Links

#### Medicare Manuals

The Medicare Benefit Policy Manual, Publication 100-2, Chapter 15 can be found at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf> on the CMS website.

The Medicare Program Integrity Manual can be found at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/pim83c05.pdf> on the CMS website.

The Medicare Carrier Manual can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/PBM/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS021921> on the CMS website.

The National Coverage Determination Manual can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/itemdetail.asp?filterType=keyword&filterValue=national&filterByDID=0&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS0149> on the CMS website.

#### Local Coverage Decisions

The Medicare Coverage Database provides access to local coverage decision articles published for Medicare contractors. These articles can be found at [http://www.cms.hhs.gov/mcd/index\\_local\\_alpha.asp?from=alphaarticle&letter=P](http://www.cms.hhs.gov/mcd/index_local_alpha.asp?from=alphaarticle&letter=P) on the CMS website.

#### Related Change Requests and MLN Matters Articles

*Program Memorandum Transmittal AB-02-096*, Change Request 2269, "Coverage and Billing of the *Diagnosis and Treatment of*

Cont. on next page

## Política Médica

*with Loss of Protective Sensation in People with Diabetes*”, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/AB02096.pdf>.

El *Program Memorandum Transmittal AB-02-105, CR2272, “Medical Review of Medicare Payments for Nail Debridement Services*”, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/AB02105.pdf>.

El artículo MLN Matters MM3430, “*Reasonable charge update for 2005 splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, therapeutic shoes and certain intraocular lenses*”, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm3430.pdf>.

## Medical Policy

*Peripheral Neuropathy with Loss of Protective Sensation in People with Diabetes*” can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/AB02096.pdf> on the CMS website.

*Program Memorandum Transmittal AB-02-105, Change request 2272, “Medical Review of Medicare Payments for Nail Debridement Services,”* can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/AB02105.pdf> on the CMS website.

MLN Matters article, MM3430, “*Reasonable charge update for 2005 splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, therapeutic shoes and certain intraocular lenses*” can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm3430.pdf> on the CMS website.

Pub. MM SE0707/ Trans N/A / N/A / N/A / mlv rrc

### **PAGOS PERMITIDOS PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (CÓDIGOS CPT 90655, 90656, 90657 Y 90658) Y LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO (CÓDIGO CPT 90732) CUANDO EL PAGO ES EL 95% DEL PRECIO PROMEDIO AL POR MAYOR (AWP)**

#### **Tipos de Proveedores Afectados**

Médicos, profesionales de la salud, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas Administrativos A/B MAC (A/B MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y Contratistas de la Parte B, por concepto de vacunas contra la influenza y neumococo.

#### **Trasfondo**

Este artículo y la petición de cambio (CR) 5365 proveen los pagos permitidos para las siguientes vacunas contra el virus de la influenza: códigos CPT 90655, 90656, 90657 y 90658, así también como la vacuna contra el neumococo (Código CPT 90732) cuando el pago es el 95% del Precio Promedio al Por Mayor (AWP).

### **PAYMENT ALLOWANCES FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE (CPT CODES 90655, 90656, 90657, AND 90658) AND THE PNEUMOCOCCAL VACCINE (CPT 90732) WHEN PAYMENT IS BASED ON 95 PERCENT OF THE AVERAGE WHOLESALE PRICE (AWP)**

#### **Provider Types Affected**

*Physicians, non-physician practitioners, providers and suppliers billing Medicare contractors (Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), fiscal intermediaries (FIs) and carriers for the influenza and pneumococcal vaccines.*

#### **Background**

*This article and related change request (CR) 5365 provide the payment allowances for the following influenza virus vaccines: CPT codes 90655, 90656, 90657, and 90658 as well as the pneumococcal vaccine (CPT 90732) when payment is based on 95 percent of the AWP.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Puntos Clave

- Vigente el 1 de septiembre de 2006, el pago permitido bajo la Parte B de Medicare para el Código CPT 90655 es \$15.377.
- Vigente el 1 de septiembre de 2006, el pago permitido bajo la Parte B de Medicare para el Código CPT 90656 es \$16.574.
- Vigente el 1 de septiembre de 2006, el pago permitido bajo la Parte B de Medicare para el Código CPT 90657 es \$6.312.
- Vigente el 1 de septiembre de 2006, el pago permitido bajo la Parte B de Medicare para el Código CPT 90658 es \$12.624.
- Vigente el 1 de septiembre de 2006, el pago permitido bajo la Parte B de Medicare para el Código CPT 90732 es \$27.028.
- Las cantidades de deducible y co-aseguro anual de la Parte B no aplican a estos servicios.
- Todos los médicos, profesionales de la salud y suplidores que administran las vacunas contra el virus de la influenza y el neumococo deben tomar aceptar la asignación en la reclamación para la vacuna.
- Observe que su Contratista de la Parte B o FI puede también cubrir el Código CPT 90660 ("FLuMist", una vacuna nasal contra la influenza) si determinan que su uso es médicamente razonable y necesario para el beneficiario.
- Favor de tomar nota de esta información sobre precios, a fin de asegurar el procesamiento preciso de sus reclamaciones. Su contratista de la Parte B o FI no buscarán en sus archivos para retractarse del pago de reclamaciones ya pagadas ni para pagar reclamaciones retroactivamente. Sin embargo, sí ajustarán aquellas reclamaciones que sean traídas a su atención.

## Medical Policy

### Key Points

- *Effective September 1, 2006, the Medicare Part B payment allowance for CPT 90655 is \$15.377.*
- *Effective September 1, 2006, the Medicare Part B payment allowance for CPT 90656 is \$16.574.*
- *Effective September 1, 2006, the Medicare Part B payment allowance for CPT 90657 is \$6.312.*
- *Effective September 1, 2006, the Medicare Part B payment allowance for CPT 90658 is \$12.624.*
- *Effective September 1, 2006, the Medicare Part B payment allowance for CPT 90732 is \$27.028.*
- *Annual Part B deductible and coinsurance amounts do not apply to these services.*
- *All physicians, non-physician practitioners and suppliers who administer the influenza virus vaccination and the pneumococcal vaccination must take assignment on the claim for the vaccine.*
- *Note that your carrier or FI may also cover CPT 90660 (FluMist, a nasal influenza vaccine) if they determine its use is medically reasonable and necessary for the beneficiary.*
- *Please take note of this pricing information to ensure accurate claims processing. Your carrier or FI will not search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims. However, they will adjust claims brought to their attention.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Implementación

Aunque la implementación de estas tarifas tendrá vigencia el 22 de enero de 2007, las mismas aplican a fechas de servicio a partir del 1 de septiembre de 2006.

### Información Adicional

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

Si desea ver el CR5365, la instrucción oficial enviada a su FI, Contratista de la Parte B o Contratista Administrativo A/B MAC está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R256OTN.pdf>.

## Medical Policy

### Implementation

*While the implementation of these rates will occur on January 22, 2007, the rates apply to dates of service on or after September 1, 2006.*

### Additional Information

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

*To view CR 5365, the official instruction issued to your Medicare FI, Carrier or A/B MAC on this issue, visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R256OTN.pdf> on the CMS web site.*

Pub. MM5365/ Trans R256OTN / CR5365 / 12-22-06 / mlv rrc

## DETERMINACIONES DE CUBIERTA LOCAL ELIMINADAS

Las Determinaciones de Cubierta Local retiradas están disponibles a través del siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>.

En dicho enlace usted debe ir a la segunda pestaña llamada "Indexes", luego debe ir al área de "Local Coverage" y escoger "by Contractor". En esta lista están todos los contratistas, busque a Triple-S, Inc. y oprima. Una vez llegue al índice de determinaciones de cubierta local activas notará que encima de la lista de títulos hay un enlace nombrado: "Display Retired Documents". Este enlace lo llevará a todas las LCD retiradas del año 2005 hasta el presente.

Este Contratista mantiene un archivo de todas las LCD retiradas hasta el año 2003. Las LCD previas al año 2005 estarán disponibles según solicitadas a este Contratista a la siguiente dirección.

**Triples-S, Inc./Medicare Parte B**  
P O Box 71391  
San Juan, PR 00921-1391  
Atención: Oficina del Director Médico  
o  
a través de correo electrónico:  
[jschaening@triples-med.org](mailto:jschaening@triples-med.org)

## RETIRED LOCAL COVERAGE DETERMINATIONS

*Retired LCD's are available through the following link: <http://cms.hhs.gov/mcd/search.asp>.*

*In this link you should go to the second applet identified as "Indexes", you should go to the Local Coverage area and chose "by Contractor". A list of all Contractors will be displayed, click on Triple S. Inc. Once you are at the Index of Active LCD's you will notice above the list of titles link described as "Display Retired Documents". This link will take you to retired LCD's from 2005 to the current year.*

*This Carrier maintains an Archive of all retired LCDs back to the year 2003. LCD's prior to the year 2005 are available upon request to the Carrier.*

**Triples-S, Inc./Medicare Part B**  
P O Box 71391  
San Juan, PR 00921-1391  
Attention: Office of the Medical Director  
or  
via E-mail:  
[jschaening@triples-med.org](mailto:jschaening@triples-med.org)

CR5410-SNP

## Políticas de Pago

### TARIFA ESTABLECIDA PARA RADIOFÁRMACOS 2007

En la tabla a continuación se presentan las tarifas para el 2007 de algunos radiofármacos, los que tienen la palabra "invoice", se estarán pagando según las instrucciones de la Carta Circular: #M06-06-11. Deben enviar las facturas de compra por fax o correo regular de los códigos de radiofármacos que utiliza regularmente en la facturación. De esta manera no se requerirá que se envíe el formulario de facturación CMS 1500.

## Billing Policies

### ESTABLISHED FEE FOR RADIOPHARMACEUTICALS 2007

*In the table below you may find the fees for 2007 of some radiopharmaceuticals, those that have the word "invoice", they will be paid following the instruction of the Circular Letter: #M-06-06-11. You should send the invoice by fax or regular mail of the radiopharmaceutical that are regularly billed by you. This way it will not be required that you send the invoice with the CMS 1500.*

CODE	DESCRIPTION	MEDICARE 2007 FEE
A4641	Suply Of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, NOC	<b>Invoice</b>
A9500	Supply Or Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Technetium TC 99m Sestamibi, Per Dose	\$121.70
A9502	Technetium TC 99m Tetrofosmin, Per Unit	\$119.70
A9503	Technetium TC 99m, Medronate, Up To 30 MCI	\$18.91
A9504	Technetium TC 99m Apcitide	\$475.00
A9505	Thallos Chloride TI 201, Per MCI	\$33.23
A9507	Indium In 111 Capromab Pendetide, Per Dose	\$2,949.41
A9508	Iobenguane Sulfate I-131, Per 0.5 MCI	\$288.10
A9510	Technetium TC-99m Disofenin, Per Vial	\$43.54
A9512	Technetium TC-99m Pertechnetate, Diagnostic, Per Millicurie	\$0.62
A9516	Iodine I-123 Sodium Iodide Capsule(s), Diagnostic, Per 100 Microcuries	\$103.47
A9517	Iodine I-131 Sodium Iodide Capsule(s), Therapeutic, Per Millicurie	\$15.77
A9521	Technetium TC-99m Exametazime, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 25 Millicuries	\$567.61
A9524	Iodinated I-131 Serum Albumin, 5 Microcuries	<b>Invoice</b>
A9526	Ammonia N-13, Per Dose	<b>Invoice</b>
A9527	Iodine I-125 Sodium Iodide Solution, Therapeutic, Per Millicurie	<b>Invoice</b>
A9528	Iodine I-131 Sodium Iodide Capsule(s), Diagnostic, Per Millicurie	<b>Invoice</b>
A9529	Iodine I-131 Sodium Iodide Solution, Diagnostic, Per Millicurie	<b>Invoice</b>
A9530	Iodine I-131 Sodium Iodide Solution, Therapeutic Per Millicurie	\$12.00
A9531	Iodine I-131 Sodium Iodide, Diagnostic, Per Microcurie (Up To 100 Microcuries)	<b>Invoice</b>
A9532	Iodine I-125 Serum Albumin, Diagnostic, Per 5 Microcuries	<b>Invoice</b>
A9535	Injection, Methylene Blue, 1 Ml	\$0.31
A9536	Technetium TC-99m Depreotide, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 35 Millicuries	\$565.96
A9537	Technetium TC-99m Mebrofenin, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 15 Millicuries	\$20.00
A9538	Technetium TC-99m Pyrophosphate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 25 Millicuries	\$32.84
A9539	Technetium TC-99m Pentetate, Diagnostic, Perstudy Dose, Up To 25 Millicuries	\$16.25
A9540	Technetium TC-99m Macroaggregated Albumin, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 10 Millicuries	\$21.69

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

CODE	DESCRIPTION	MEDICARE 2007 FEE
A9541	Technetium TC-99m Sulfur Colloid, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 20 Millicuries	\$8.00
A9542	Indium In-111 Ibritumomab Tiuxetan, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 5 Millicuries	<b>Invoice</b>
A9543	Yttrium Y-90 Ibritumomab Tiuxetan, Therapeutic, Per Treatment Dose, Up To 40 Millicuries	<b>Invoice</b>
A9544	Iodine I-131 Tositumomab, Diagnostic, Per Study Dose	\$132.10
A9545	Iodine I-131 Tositumomab, Therapeutic, Per Treatment Dose	<b>Invoice</b>
A9546	Cobalt Co-57/58, Cyanocobalamin, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 1 Microcurie	<b>Invoice</b>
A9547	Indium In-111 Oxyquinoline, Diagnostic, Per 0.5 Millicurie	\$291.61
A9548	Indium In-111 Pentetate, Diagnostic, Per 0.5 Millicurie	\$274.21
A9550	Technetium TC-99m Sodium Gluceptate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 25 Millicurie	<b>Invoice</b>
A9551	Technetium TC-99m Succimer, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 10 Millicuries	\$126.63
A9552	Fluorodeoxyglucose F-18 Fdg, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 45 Millicuries	\$490.00
A9553	Chromium Cr-51 Sodium Chromate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 250 Microcuries	\$403.22
A9554	Iodine I-125 Sodium Iothalamate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 10 Microcuries	<b>Invoice</b>
A9555	Rubidium Rb-82, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 60 Millicuries	<b>Invoice</b>
A9556	Gallium Ga-67 Citrate, Diagnostic, Per Millicurie	\$31.53
A9557	Technetium TC-99m Biscisate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 25 Millicuries	\$299.00
A9558	Xenon Xe-133 Gas, Diagnostic, Per 10 Millicuries	\$38.96
A9559	Cobalt Co-57 Cyanocobalamin, Oral, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 1 Microcurie	<b>Invoice</b>
A9560	Technetium TC-99m Labeled Red Blood Cells, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 30 Millicuries	\$114.00
A9561	Technetium TC-99m Oxidronate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 30 Millicuries	\$32.83
A9562	Technetium TC-99m Mertiatide, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 15 Millicuries	\$160.09
A9563	Sodium Phosphate P-32, Therapeutic, Per Millicurie	<b>Invoice</b>
A9564	Chromic Phosphate P-32 Suspension, Therapeutic, Per Millicurie	<b>Invoice</b>
A9565	Indium In-111 Pentetreotide, Diagnostic, Per Millicurie	\$744.80
A9566	Technetium TC-99m Fanolesomab, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 25 Millicuries	<b>Invoice</b>
A9567	Technetium TC-99m Pentetate, Diagnostic, Aerosol, Per Study Dose, Up To 75 Millicuries	\$299.00
A9568	Technetium TC-99m Arcitumomab, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 45 Millicuries	<b>Invoice</b>
A9600	Strontium SR-89 Chloride, Therapeutic, Per Millicurie	<b>Invoice</b>
A9605	Samarium SM-153 Lexidronam, Therapeutic, Per 50 Millicuries	<b>Invoice</b>
A9698	Non-Radioactive Contrast Imaging Material, Not Otherwise Classified, Per Study	<b>Invoice</b>

Trans. 1129/CR5413/12-15-06/MRC/RedBook Vol.43 Jan. 2007

## Políticas de Pago

### USO DEL CÓDIGO POSTAL DE NUEVE DIGITOS PARA DETERMINAR LA LOCALIDAD DE PAGO CORRECTA PARA SERVICIOS PAGADEROS BAJO LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFS) Y POR SERVICIOS DE ANESTESIA

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], o Contratistas Administrativos de Medicare [MACs por sus siglas en inglés]) por concepto de servicios pagaderos bajo el MPFS y por servicios de anestesia.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2007, para servicios prestados en las áreas con los códigos postales indicados en la Tabla 1 (más adelante), si usted no incluye el código postal completo (de nueve dígitos) en sus reclamaciones de servicios pagaderos bajo el Manual de Tarifas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés) y por servicios de anestesia, sus reclamaciones se tratarán como no procesables.

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2007, para servicios prestados en las áreas con los códigos postales indicados en la Tabla 1, si el código postal completo (de nueve dígitos) válido no está presente en el Archivo Maestro de Dirección del Proveedor (*Provider Master File Address Zip Code*) sus reclamaciones por servicios pagaderos por los FIs/MACs bajo el MPFS y los servicios de anestesia se tratarán como no procesables.

Vigente el 1 de octubre de 2007, para servicios prestados en áreas definidas por los códigos de área en la Tabla 1, Medicare requerirá que usted provea el código postal de nueve dígitos para la localidad donde se prestaron los servicios en sus

## Billing Policies

### USE OF NINE-DIGIT ZIP CODES FOR DETERMINING THE CORRECT PAYMENT LOCALITY FOR SERVICES PAID UNDER THE MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) AND ANESTHESIA SERVICES

#### Provider Types Affected

*Physicians and providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI), or Medicare Administrative Contractors (MACs)) for services paid under the MPFS and for anesthesia services*

#### Provider Action Needed

*Effective for dates of service on or after October 1, 2007, for services rendered in the ZIP code areas displayed in Table 1 (below), if you do not include the full nine-digit ZIP code on your claims for services paid by Medicare carriers or MACs under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and for anesthesia services, your claim will be treated as unprocessable.*

*Effective for dates of service on or after October 1, 2007, for services rendered in the ZIP code areas displayed in Table 1, if a valid full nine-digit ZIP code is not present on the Provider Master File Address ZIP code, services paid by the FIs/MACs under the MPFS and for anesthesia services, your claim will be treated as unprocessable.*

*Effective October 1, 2007, for services rendered in the areas defined by the ZIP codes in Table 1, Medicare will require that you provide the nine-digit ZIP code for the location where services were rendered on*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

reclamaciones por concepto de servicios pagaderos por Contratistas de la Parte B/ MACs bajo el MPFS y por servicios de anestesia. CMS está implementando este requisito para prevenir problemas de pago generados por códigos postales que cruzan los límites de pago por localidad.

Vigente el 1 de octubre de 2007, para servicios prestados en áreas definidas por el código postal de nueve dígitos en la Tabla 1, Medicare requerirá un código de área de nueve dígitos válido en el Archivo Maestro de Dirección del Proveedor para servicios pagaderos por los FIs/MACs bajo el MPFS y por servicios de anestesia.

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina está informado de que, si usted provee servicios pagaderos por Contratistas/ MACs bajo el MPFS o servicios de anestesia, en una localidad de pago cuyo código postal aparece en la Tabla 1 (más adelante), vigente para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2007, deben incluir el código postal de nueve dígitos en la reclamación.

Asegúrese de que, si usted provee servicios pagaderos por los FIs/MACs bajo el MPFS o servicios de anestesia, en una localidad de pago cuyo código postal aparece en la Tabla 1, el código postal de nueve dígitos válido debe estar presente en el Archivo Maestro de Dirección del Proveedor. Si usted no tiene un código postal de nueve dígitos válido en su archivo, someta el formulario CMS-855A (*Medicare Enrollment Application*) indicando un código postal de nueve dígitos válido.

### Trasfondo

#### Reembolso Basado en la Localidad De Prestación de Servicios

El lugar donde usted, en efecto, presta servicios pagaderos bajo el MPFS y servicios de anestesia es el que determinará la cantidad de su reembolso. Más específicamente, Medicare le reembolsará por estos servicios a base de la localidad, y eso se determinará a base del código postal indicado en la

## Billing Policies

*your claims for services paid by carriers/MACs under the MPFS and for anesthesia services. CMS is implementing this requirement to prevent payment issues generated by ZIP codes that cross payment localities.*

*Effective October 1, 2007, for services rendered in the areas defined by the nine-digit ZIP codes in Table 1, Medicare will require a valid nine-digit ZIP code on the Provider File Master Address for services paid by the FIs/MACs under the MPFS and for anesthesia services.*

*Make sure that your billing staffs are aware that if you provide services paid by carriers/MACs under the MPFS or anesthesia services in a payment locality whose ZIP code appears in Table 1, below; effective for dates of service on or after October 1, 2007, they must include the nine-digit ZIP code in the claim.*

*Make sure that if you provide services paid by FIs/MACs under the MPFS or anesthesia services in a payment locality whose ZIP code appears in Table 1, a valid nine-digit ZIP code is present on the Provider File Master Address. If a valid nine-digit ZIP code is not on the file, submit a CMS-855A, the Medicare Enrollment Application, with a valid nine-digit ZIP code.*

### Background

#### Reimbursement Based on the Location Where the Service Was Rendered

*Where you actually provide services paid under the MPFS and anesthesia services determines the amount of your reimbursement. More specifically, Medicare reimburses you for these services based on the locality, which is determined from the ZIP*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

reclamación sometida a los Contratistas/MACs. El código postal en el Archivo Maestro de Dirección del Proveedor se utiliza para determinar la localidad en el caso de reclamaciones sometidas a los FIs/MACs.

Los códigos postales que sus Contratistas de Medicare utilizan para determinar la localidad del pago se obtienen del archivo de códigos postales (ZIP Code) de CMS, el cual cumple con los acuerdos del Servicio Postal de los Estados Unidos sobre la asignación de códigos postales en condados dominantes.

CMS se ha dado cuenta de que algunos códigos postales cubren más de una localidad de pago; en algunos casos, mientras que el servicio puede haber sido prestado en un condado, debido al código postal, el mismo podría asignarse a un condado diferente. Esto causa problemas de pago cuando cada uno de los condados se asocia con diferentes localidades de pago y, por lo tanto, con una cantidad diferente de pago.

### Códigos Postales de 9 Dígitos

El CR5208, del cual se extrae este artículo, corrige ese problema. Vigente para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2007, usted tendrá que incluir el código postal completo (de nueve dígitos) para servicios de anestesia y para servicios pagaderos bajo el MPFS por los Contratistas de la Parte B/MACs, cuando dichos servicios se prestan en un código de área que cruza localidades de pago (refiérase a la Tabla 1, más adelante). Note que todos los servicios en el *Purchased Diagnostic Abstract File* son pagaderos bajo el MPFS; por lo tanto, el requisito del uso del código postal de nueve dígitos también aplica a esos servicios.

Hay algunos detalles importantes que usted debe saber:

### Excepciones

Hay dos situaciones en las cuales usted no tendrá que someter el código postal de nueve dígitos en reclamaciones por servicios pagaderos bajo el MPFS y por servicios de anestesia:

## Billing Policies

*code that is on the claim submitted to carriers/MACs. The ZIP code on the Provider File Master Address is used to determine the locality on the claims submitted to FIs/MACs.*

*The ZIP codes that your Medicare contractors use to determine the payment locality come from the CMS ZIP code file, which conforms to the United States Postal Service convention of assigning ZIP codes into dominant counties.*

*CMS has become aware that some ZIP codes cover more than one payment locality; in some cases, while the service may actually be rendered in one county, because of the ZIP code it may be assigned into a different county. This causes a payment issue when each of the counties is associated with a different payment locality and therefore a different payment amount.*

### Nine-Digit ZIP Codes

*CR5208, from which this article was taken, corrects this issue. Effective October 1, 2007, you will have to include the full nine-digit ZIP code for anesthesia services and for services paid under the MPFS by carriers/MACs when those services are provided in a ZIP code area that crosses payment localities (see Table 1, below). Note that services on the Purchased Diagnostic Abstract File are all payable under the MPFS, thus the 9-digit ZIP code requirement also applies to those services.*

*There are some important details that you should know:*

### Exceptions

*There are two instances in which you do not need to submit the nine-digit ZIP code in claims for services payable under the MPFS and for anesthesia services:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Usted puede continuar utilizando el código postal de cinco dígitos si usted provee estos servicios en códigos postales que no cruzan localidades de pago (aquellos no incluidos en la Tabla 1);
- No existe un requisito actual de someter un código de área cuando el “Lugar de Servicio” (POS por sus siglas en inglés) es el Hogar del beneficiario, así como cualquier otro POS que su Contratista de Medicare actualmente considere el “Hogar”.

Según sea necesario, CMS proveerá actualizaciones trimestrales a las listas de códigos postales que cruzan localidades.

Usted debe someter sus reclamaciones por servicios de ambulancia y laboratorio haciendo uso del código postal de cinco dígitos, ya que su Contratista/MAC continuará utilizando el código postal de cinco dígitos para determinar la cantidad del pago.

Los FIs/MACs continuarán determinando el precio de los servicios en reclamaciones por concepto de servicios de ambulancia a base del código postal de cinco dígitos. En el caso de los servicios de laboratorio, los FIs/MACs continuarán determinando el pago a base de las localidades “non-fee based”.

### Dirección Maestra

Los FIs determinarán la localidad a base del código postal en la dirección física del proveedor, la cual debe estar almacenada (incluyendo el código postal) en el archivo del proveedor como la dirección maestra.

Con vigencia el 1 de julio de 2007, los proveedores institucionales con un código postal incluido en la Tabla 1, tendrán que someter un código postal de nueve dígitos válido en el formulario CMS 855-A, cuando el código postal que aparece en el Archivo Maestro de Dirección del Proveedor es de cinco dígitos, los últimos 4 dígitos en el formato de 9 dígitos, son ceros (0); o en el caso de que los últimos 4 dígitos en un código postal de 9 dígitos no coincidan con la extensión de 4 dígitos en el archivo de códigos postales.

## Billing Policies

- *You may continue to submit claims with five-digit ZIP codes if you provide these services in ZIP code areas that do not cross payment localities (not listed in Table 1);*
- *There is no current requirement for the submission of a ZIP code when the place of service (POS) is “Home” or any other places of service that your Medicare contractor currently considers to be the same as “Home.”*

*As necessary, CMS will provide quarterly updates of the list of the ZIP codes that cross localities.*

*You should submit your claims for ambulance and lab services using five-digit ZIP codes, as your carrier/MAC will continue to use the five-digit codes for determining payment.*

*Claims for ambulance services will continue to be priced using 5-digit ZIP codes by the FIs/MACs. Laboratory services will continue to be priced by the FIs/MACs using the locality for non-fee based services.*

### Master Address

*FIs determine locality based upon the ZIP code of the provider’s physical address, which, including the ZIP code is stored on the provider file as the master address.*

*Effective July 1, 2007, institutional providers, with a ZIP code displayed in Table 1, will need to submit a valid nine-digit ZIP code on the CMS 855-A when the Provider File Master Address ZIP code is 5-digits, the last 4-digits of a 9-digit ZIP code are zeroes, or the last 4-digits of a 9-digit ZIP code do not match a 4-digit extension on the ZIP code file.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Reclamaciones Devueltas como No Procesables

Para hacer mayor énfasis, si usted provee solamente un código postal de 5 dígitos en una reclamación por servicios pagaderos bajo el MPFS y por servicios de anestesia que usted presta en una de las áreas de códigos postales que cruzan localidades (y por lo tanto, se requiere el uso del código postal de 9 dígitos para poderla procesar), su Contratista de la Parte B/MAC devolverá la reclamación como no procesable. Las reclamaciones devueltas tendrán los siguientes mensajes de Aviso de Remesa (RA) y Código de Comentario (RC):

- **Código de Razón de Ajuste 16** – “Reclamación/servicio carece de información necesaria para la adjudicación. Información adicional se suministra mediante códigos de comentario en el Aviso de Remesa, cuando se considera apropiado.”
- **Código de Comentario MA 130** – “Su reclamación contiene información incompleta y/o inválida, y no se le otorgarán derechos de apelación ya que la reclamación no es procesable. Por favor, someta una nueva reclamación con la información completa/correcta.”
- **Código de Comentario MA114** – “Falta información/información incompleta sobre el lugar donde se prestaron los servicios.”

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2007, si se encuentra un código postal en el Archivo Maestro de Dirección del Proveedor para reclamaciones pagaderas bajo el MPFS y para servicios de anestesia, prestados en uno de los códigos de área que cruzan localidades, su FI/MAC devolverá su reclamación como no procesable.

## Billing Policies

### Claims Returned as Unprocessable

*To re-emphasize, if you provide only a 5-digit ZIP code on a claim for services payable under the MPFS and for anesthesia services that you provide in one of the ZIP code areas that crosses localities (and therefore requires a nine-digit ZIP code to be processed), your carrier/MAC will return this claim as unprocessable. Returned claims will have the following Remittance Advice and Remark Code messages:*

- **Adjustment Reason Code 16** – *Claim/service lacks information which is needed for adjudication. Additional information is supplied using remittance advice remark codes whenever appropriate.*
- **Remark Code MA 130** – *Your claim contains incomplete and/or invalid information, and no appeals rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.*
- **Remark Code MA114** – *“Missing/incomplete information on where the services were furnished.”*

*Effective for dates of service on or after October 1, 2007, if an invalid ZIP code is present on the Provider File Master Address for claims payable under the MPFS and for anesthesia services provided in one of the ZIP code areas that crosses localities, your FI/MAC will return the claim as unprocessable.*

Cont. on next page

**Tabla 1 – Códigos Postales que Cruzan Localidades por Estados**  
**Table 1 - ZIP Codes that Cross Payment Localities by State**

State	ZIP Code			
<b>Arkansas (AR)</b>	71749	72338	72444	
	71953	72395	72644	
<b>Arizona (AZ)</b>	85534			
<b>California (CA)</b>	90265	91362	94303	95377
	90623	91709	94514	95391
	90630	91766	94515	95476
	90631	91792	94550	95616
	90638	93013	94571	95690
	91304	93243	95023	95694
	91307	93252	95033	96056
	91311	93536	95076	
	91361	93560	95304	
<b>Delaware (DE)</b>	19952	19973		
<b>Florida (FL)</b>	32948	33920	34141	34972
	33440	33955	34142	34974
	33917	33972		
<b>Georgia (GA)</b>	30011	30135	30223	30519
	30014	30143	30224	30534
	30019	30153	30228	30548
	30025	30178	30233	30559
	30040	30179	30234	30620
	30055	30180	30248	30641
	30056	30183	30268	30650
	30101	30184	30276	30663
	30102	30185	30506	30730
	30107	30187	30517	31029
	30120	30205	30518	
<b>Idaho (ID)</b>	83342	83856		
<b>Illinois (IL)</b>	60007	60407	60544	62280
	60010	60410	60554	62286
	60013	60416	60559	62355
	60015	60423	60935	62361
	60021	60431	60940	62366
	60042	60432	60950	62538
	60050	60439	62031	62546
	60051	60447	62044	62553
	60074	60449	62052	62557
	60081	60464	62053	62558
	60089	60466	62054	62630
	60090	60467	62075	62638
	60102	60468	62080	62643
	60103	60475	62081	62667
	60118	60477	62082	62690
	60120	60481	62083	62692
	60126	60504	62231	62801
	60133	60506	62237	62808
	60140	60511	62238	62831
	60142	60521	62253	62877
60151	60523	62262	62882	
60172	60527	62263	62883	
60178	60538	62268	62907	
	60401	60543	62272	62916

Cont. on next page

# Políticas de Pago

# Billing Policies

**Tabla 1 – Códigos Postales que Cruzan Localidades por Estados**  
**Table 1 - ZIP Codes that Cross Payment Localities by State**

State	ZIP Code			
<b>Iowa (IA)</b>	51630	52542	52626	
	51640	52573	52761	
<b>Kansas (KS)</b>	66012	66021	66083	66109
	66013	66025	66102	66112
	66018			
<b>Kentucky (KY)</b>	40965	42079	42223	42602
<b>Massachusetts (MA)</b>	01432	01930	02339	02762
	01434		02324	
<b>Maryland (MD)</b>	20601	20736	20871	21776
	20607	20754	21757	21787
	20613	20842	21771	21791
	20714			
<b>Michigan (MI)</b>	48005	48166	48380	48455
	48041	48169	48428	48462
	48062	48178	48430	49229
	48118	48189	48438	49236
	48137	48353	48439	49240
	48160	48371	48442	49285
<b>Minnesota (MN)</b>	56136	56164	56220	56744
	56144	56219	56257	
<b>Missouri (MO)</b>	63005	63071	64034	64082
	63015	63072	64048	64147
	63020	63087	64061	64439
	63023	63348	64062	64444
	63028	63357	64070	64484
	63030	63535	64075	64492
	63041	63548	64077	64733
	63060	63627	64080	64784
	63069		64024	
<b>Montana (MT)</b>	59030	59847		
<b>Nebraska (NE)</b>	68719	68777	69212	69352
	68755	69168	69216	69358
<b>Nevada (NV)</b>	89061			
<b>New Hampshire (NH)</b>	03579	03813		
<b>New Jersey (NJ)</b>	07735	08512	08530	08558
	07747	08525	08540	08560
<b>New York (NY)</b>	10505	11001	11096	12434
	10541	11040	12167	13750
	10579			
<b>North Dakota (ND)</b>	58030	58053	58436	58623
	58041	58225	58439	58653
	58043	58413	58568	
<b>Oregon (OR)</b>	97002	97064	97128	97231
	97014	97071	97132	97362
	97032	97119	97140	97375
	97056	97123		

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Tabla 1 – Códigos Postales que Cruzan Localidades por Estados  
Table 1 - ZIP Codes that Cross Payment Localities by State

State	ZIP Code			
<b>Pennsylvania (PA)</b>	17527	18070	19344	19505
	17555	18077	19362	19512
	18036	18092	19363	19520
	18041	18951	19464	19525
	18042	19087	19504	19543
	18055	19310		
	<b>South Dakota (SD)</b>	57005	57255	57446
57026		57260	57457	57645
57030		57270	57523	57648
57034		57430	57632	57660
57068		57437	57638	57717
57078		57441	57641	57724
<b>Tennessee (TN)</b>		37317	37391	37821
<b>Texas (TX)</b>	75007	75851	77430	78613
	75019	75856	77444	78615
	75028	75862	77447	78617
	75044	76008	77450	78620
	75048	76020	77474	78621
	75050	76028	77477	78634
	75051	76036	77480	78641
	75052	76051	77484	78652
	75054	76052	77485	78654
	75067	76063	77489	78657
	75080	76065	77493	78663
	75082	76071	77494	78664
	75088	76092	77511	78669
	75089	76108	77520	78727
	75098	76126	77521	78728
	75104	76177	77532	78729
	75115	76262	77535	78734
	75125	77047	77539	78736
	75146	77053	77546	78737
	75148	77082	77550	78738
	75154	77083	77568	78750
	75159	77085	77581	78759
	75182	77099	77583	78933
75248	77339	77622	78940	
75252	77357	77656	78950	
75287	77365	77665	78954	
75839	77381	77833	79835	
75844	77382	78610	79922	
75847	77426	78612	79932	
<b>Virginia (VA)</b>	20120	20135		

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

**Tabla 1 – Códigos Postales que Cruzan Localidades por Estados**  
**Table 1 - ZIP Codes that Cross Payment Localities by State**

State	ZIP Code			
Washington (WA)	98019	98072	98177	99033
	98022	98077	98251	99128
	98047	98092	98354	
Wisconsin (WI)	54540			
Wyoming (WY)	82063	82716	82930	83120
	82082	82725	83114	83127
	82240	82731		

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre el uso de códigos postales de 9 dígitos para determinar la localidad de pago correcta para servicios de anestesia y para servicios pagaderos bajo las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS) en el CR5208, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1193CP.pdf>

Usted también puede buscar en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 1 (*General Billing Requirements*), Sección 10.1.1 (*Payment Jurisdiction among Local Carriers for Services Paid Under the Physician Fee Schedule and Anesthesia Services*) actualizado, que se incluye como anexo a este CR.

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

REV. 03-09-07/Trans R1193CP/CR5208/03-09-07/mlv rrc

### Additional Information

You can find more information about the use of nine-digit ZIP codes for determining the correct payment locality for anesthesia services and services paid under the (MPFS) by going to CR5208, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1193CP.pdf> on the CMS website.

You might also want to look at updated *Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 1 (General Billing Requirements), Section 10.1.1 (Payment Jurisdiction among Local Carriers for Services Paid Under the Physician Fee Schedule and Anesthesia Services)* which you will find as an attachment to this CR.

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

## POLÍTICAS DE PAGO DE TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS PARA 2007

### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos A/B MACs (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios prestados, incluyendo servicios de ambulancia y "Teleconsulta".

## 2007 PHYSICIAN FEE SCHEDULE PAYMENT POLICIES

### Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FI) and A/B MACs for services, including ambulance and telehealth services.

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Lo que Usted Necesita Saber

El CR 5443, de donde se extrae este artículo: (1) Resume asuntos significativos contenidos en la Regulación de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos para el 2007 (incluyendo la publicación del Factor de Inflación de Ambulancia (AIF por sus siglas en inglés) para el año calendario 2007); y (2) Anuncia la tarifa de originación para instalaciones de "Teleconsulta" para el 2007. El CR5443 también discute varias estipulaciones del *Tax Relief and Health Care Act* de 2006, recientemente promulgado. Para más detalles e información respecto a cómo encontrar los documentos de trasfondo/referencia, usted debe referirse a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo.

### Trasfondo

#### **Tax Relief and Health Care Act del 2006**

El *Tax Relief and Health Care Act* del 2006 establece el factor de conversión de 2007 para pagos a médicos al mismo nivel del 2006 (\$37.8975), revirtiendo la actualización negativa del 5.0% obligatorio por estatuto. Sin embargo, no mantiene los pagos del 2007 a médicos a los niveles de 2006. Existen un número de factores que afectan las tarifas de pago para el 2007 y este artículo discute varios de estos factores. La legislación también extiende el límite mínimo de 1.0 a los índices geográficos de costo de práctica (GPCIs, por sus siglas en inglés) de trabajo hasta el 31 de diciembre de 2007. Los GPCIs de gastos de práctica y de impericia no se afectan por esta disposición.

La Sección 202 de esta ley establece por mandato que Medicare Parte B cubrirá, solamente durante 2007, la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D de Medicare. Se ha creado un nuevo código "G" (G0377) para la administración de vacunas bajo la Parte D. El pago del código G0377 se trasladará al código CPT 90471 por un año. Cuando un médico administra una vacuna cubierta bajo la Parte D, el médico debe utilizar el código G0377 para facturarle al contratista local de la Parte B por la administración de la vacuna. El pago al médico será a base de asignación solamente. Los requisitos normales del beneficiario de deducibles y de co-aseguro aplican a la administración. El

## Billing Policies

### What you Need to Know

*CR 5443, from which this article was taken: 1) Summarizes significant issues contained in the Medicare Physician Fee Schedule Regulation for 2007 (including publishing the Ambulance Inflation Factor (AIF) for CY2007); and 2) Announces the telehealth originating site facility fee for 2007. CR5443 also discusses several provisions of the recently-enacted Tax Relief and Health Care Act of 2006. You should refer to the **Background** and **Additional Information** sections, below, for more details and information on how to find the background/reference documents.*

### Background

#### **Tax Relief and Health Care Act of 2006**

*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 and this article discusses several of those factors. The legislation also extends the 1.0 floor on work Geographic Practice Cost Indices (GPCIs) through December 31, 2007. Practice expense GPCIs and malpractice GPCIs are not affected by this provision.*

*Section 202 of this act mandates that Medicare Part B will cover, for 2007 only, the administration of vaccines that are covered under Part D of Medicare. A new G code (G0377) has been created for the administration of Part D vaccines and payment for G0377 will be crosswalked to CPT code 90471 for one year. When a physician administers a Part D vaccine, the physician should use G0377 to bill the local carrier for the administration of the vaccine. Payment to the physician will be on an assigned basis only. Normal beneficiary deductible and coinsurance requirements apply to the*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

pago de vacunas cubiertas bajo la Parte D se hará únicamente por el Plan de Medicamentos Recetados participante. Medicare Parte B no pagará por la vacuna, en sí.

### Regulación 2007 del Manual de Tarifas Fijas a Médicos de Medicare

La Sección 1848(b)(1) de la Ley de Seguro Social requiere que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) establezcan (por regulación, antes del 1 de noviembre 1 de cada año) tarifas fijas que determinen cantidades de pago por servicios médicos para el año subsiguiente.

Por lo tanto, el 1 de noviembre de 2006, CMS publicó las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés) para el año calendario 2007. En esta reglamentación (vigente el 1 de enero de 2007), Medicare:

- Aumentará el pago a los médicos por el tiempo invertido hablando con el beneficiario de Medicare acerca del cuidado de su salud. La reglamentación final del 2007 aumenta significativamente el componente de trabajo de las Unidades de Valor Relativo (RVUs por sus siglas e inglés) de visitas “cara-a-cara” (Servicios de Evaluación y Manejo o servicios “E&M”), durante las cuales el médico y el paciente discuten el estado de salud del paciente y los pasos a tomar para mantener o mejorar la misma.
- Adopta valores de trabajo para los códigos CPT 97802, 97803, 97804, G0270, y G0271.
- Expande sus beneficios de servicios preventivos para:
  - Añadir una prueba preventiva de por vida de evaluación de ultrasonido para detectar aneurismas aórticas abdominales (AAA por sus siglas en inglés) para beneficiarios en riesgo, **sólo disponible** como parte del Examen Físico Preventivo Inicial (también conocido como el examen físico de Bienvenida a Medicare);
  - Asegurar que se realicen mediciones de masa ósea más precisas y confiables para los beneficiarios Medicare; y

## Billing Policies

*administration. Payment for Part D covered vaccines is made solely by the participating Prescription Drug Plan. Medicare Part B will not pay for the vaccine itself.*

### *Medicare Physician Fee Schedule Regulation for 2007*

*Section 1848(b)(1) of the Social Security Act requires the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) to establish (by regulation, before November 1 of each year) fee schedules that establish payment amounts for physicians' services for the subsequent year.*

*Accordingly, on November 1, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) released the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) final rule for calendar year 2007. In this rule (effective January 1, 2007) Medicare:*

- *Will increase physician payment for the time spent talking with Medicare beneficiaries about their health care. The 2007 final rule significantly increases the Relative Value Units' (RVU) work component for the face-to-face visits (evaluation and management or “E&M services”), during which the physician and patient discuss the patient's health status and the steps that can be taken to maintain or improve the patient's health.*
- *Adopts work values for CPT codes 97802, 97803, 97804, G0270, and G0271.*
- *Expands its preventive services benefits to include:*
  - *Adding a one-time preventive ultrasound screening for abdominal aortic aneurysms (AAA), for at risk beneficiaries, **only available** as part of the Initial Preventive Physical Examination (also referred to as the Welcome to Medicare physical);*
  - *Insuring more accurate and reliable bone mass measurements are performed for Medicare beneficiaries; and*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

-- Eximir el beneficio de evaluación de cáncer colorectal del deducible de la Parte B.

- Ajusta la metodología para determinar los RVUs por costos de práctica (tal como el costo de gastos generales de oficina). Como parte de la metodología, CMS utilizará una metodología "bottom-up" (de abajo hacia arriba) para costos directos, y para costos indirectos, utilizará data complementaria de encuestas para así eliminar los datos ("workpool") de gastos no atribuidos al médico. Esta metodología (que será eliminada gradualmente en un periodo de cuatro años), será más transparente que la metodología existente, permitiendo a las especialidades médicas y a otras personas interesadas ("stakeholders") predecir los efectos de las propuestas para mejorar la precisión en los pagos por costos de práctica.
- Añade adiestramiento ambulatorio de auto-manejo de la diabetes y servicios de terapia nutricional médica a la lista de servicios cubiertos y pagaderos por separado, incluidos en el beneficio de *Federally Qualified Health Center*, haciendo que estos servicios se encuentren más al alcance de los beneficiarios tanto en las áreas rurales como en las urbanas sin servicio adecuado disponible.
- Limita las cantidades de pago por servicios de imágenes bajo el MPFS a la cantidad pagada por los mismos servicios, cuando éstos se prestan en departamentos ambulatorios de hospital; incluye una lista de códigos a los cuales aplicarían los límites del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS, por sus siglas en inglés); y reduce en un 25% el pago por ciertos procedimientos múltiples de imágenes en partes del cuerpo contiguas, después de realizarse el pago por el primer procedimiento en su totalidad.

**Nota: CMS aplicará primero las reducciones por imágenes múltiples, seguido por el límite del OPPS por imagen, en el caso que aplique.**

**La reglamentación final también:**

- Finaliza los requisitos de reporte del manufacturero de medicamentos y atiende

## Billing Policies

-- *Exempting the colorectal cancer screening benefit from the Part B deductible.*

- *Adjusts the methodology for determining practice expense (such as office overhead) RVUs. As part of the methodology, CMS will use a bottom-up methodology for direct costs, use supplementary survey data for indirect costs, and eliminate the non-physician workpool. This methodology (to be phased over a four-year period), will be more transparent than the existing methodology, allowing specialties and other stakeholders to predict the effects of proposals to improve accuracy of practice expense payments.*
- *Adds diabetes outpatient self-management training and medical nutrition therapy services to the list of covered and separately payable services included in the Federally Qualified Health Center benefit, making these services more available to beneficiaries in both rural and urban underserved areas.*
- *Caps payment rates for imaging services under the physician fee schedule at the amount paid for the same services when performed in hospital outpatient departments; includes a list of codes to which the outpatient prospective payment system (OPPS) cap would apply; and reduces the payment for certain multiple imaging procedures on contiguous body parts by 25% after full payment for the first procedure.*

**Note: CMS will apply the multiple imaging reductions first, followed by the OPPS imaging cap, if applicable.**

**The final rule also:**

- *Finalizes drug manufacturer reporting requirements and addresses a number of*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

unos asuntos técnicos del precio promedio de venta (ASP, por sus siglas en inglés), tal como el manejo de tarifas “bona fide” de servicio en el contexto del cálculo del ASP y la definición de ventas nominales;

- Codifica el proceso de consulta pública para desarrollar las cantidades a pagar por pruebas de laboratorio clínicas nuevas;
- Adopta estándares de proveedores para Centros Independientes de Pruebas de Diagnóstico (IDTFs por sus siglas en inglés);
- Continúa con la tarifa temporera relacionada a la pre-administración de inmunoglobulina intravenosa hasta el 2007;
- Presta atención a las reglamentaciones finales que afectan las políticas de pagos de ambulancia bajo la tarifa fija de ambulancia, que mejorarán la precisión de los pagos por servicios de ambulancia y también incorporará cambios en los ajustes geográficos basados en la data de censo más reciente.
- Anuncia un Factor de Inflación de Ambulancia (AIF por sus siglas en inglés) para el año calendario 2007 de un 4.3%, y más aún, (1) Aclara la designación de áreas urbanas y rurales para incorporar cambios hechos por la Oficina de Administración y Presupuesto a las Áreas Metropolitanas Estadísticas (MSAs por sus siglas en inglés); (2) Reemplaza la Modificación Goldsmith (identificando áreas rurales del censo dentro de las MSAs) con la versión más reciente basada en las Áreas Rurales y Urbanas de Viaje; y (3) Descontinúa las revisiones anuales formales a los proveedores que facturan por debajo de la tarifa fija designada (“low billers”) y a las ambulancias aéreas para determinar si es necesario hacer ajustes en los factores de conversión de tarifa fija de ambulancia.
- Incluye una discusión respecto a excepciones a los límites de terapia para los años calendario 2006 y 2007, y anuncia que el límite de terapia para el 2007 es de \$1,780. (Observe que la Sección 201 del *Tax Relief and Health Care Act* del 2006 extiende el proceso de excepciones hasta el 31 de diciembre de 2007).

## Billing Policies

*technical average sales price (ASP) issues such as the treatment of bona fide service fees in the context of the ASP calculation and the definition of nominal sales;*

- *Codifies the public consultation process for developing payment amounts for new clinical laboratory tests;*
- *Adopts supplier standards for independent diagnostic testing facilities (IDTFs);*
- *Continues the temporary intravenous immune globulin preadministration-related services fee into 2007;*
- *Addresses the final regulations affecting ambulance payment policy under the ambulance fee schedule, which will improve the accuracy of payments for ambulance services and incorporate changes in geographic adjustments based on the most recent census data.*
- *Announces an Ambulance Inflation Factor (AIF) for CY 2007 of 4.3%, and further 1) Clarifies the designation of areas as urban or rural to incorporate changes made by the Office of Management and Budget to the Metropolitan Statistical Areas (MSAs); 2) Replaces the Goldsmith Modification (identifying rural census tracts within MSAs) with the most recent version based on Rural Urban Commuting Areas; and 3) Discontinues formal annual reviews of “low billers” and air ambulances to determine whether adjustments are needed in the ambulance fee schedule conversion factors.*
- *Includes a discussion of exceptions to the therapy cap for CY2006 and 2007 and announces that the 2007 therapy cap is \$1,780. (Note that Section 201 of the Tax Relief and Health Care Act of 2006 extended the exceptions process until December 31, 2007.)*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Enmienda la reasignación de regulaciones de pago para establecer que un suplidor individual que suministra un servicio tiene acceso sin restricciones a las facturaciones sometidas por la entidad que recibe el pago de Medicare por servicios suministrados por ese suplidor, irrespectivo de que el suplidor sea un empleado o contratista independiente.
- Anuncia que el ajuste por medicamento, añadido a la tarifa de pago compuesta para paciente con fallo renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) para 2007, aumentará de un 14.5% a un 15.1%.

Por último, la reglamentación final habla respecto a los comentarios recibidos en la notificación por separado publicada el 29 de junio, *"Five Year Review of Work Relative Value Units Under the Physician Fee Schedule and Proposed Changes to the Practice Expense Methodology"* (CMS-1521-PN), que esta contenida en el anejo al CR 5443. En el mismo anejo al CR5443 podrán encontrar más detalles respecto a los artículos resumidos mas arriba.

### Tarifa de la Instalacion del Lugar de Originación en Teleconsulta

La Sección 1834(m) de la Ley de Seguro Social estableció que la tarifa de pago de instalación por lugar de originación desde una de Teleconsulta por servicios prestados entre el 1 de octubre de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2002, es de \$20. Por servicios de Teleconsulta prestados a partir del 1 de enero de cada año calendario subsiguiente, la tarifa de originación de la instalación aumenta a partir del primer día del año por el porcentaje de aumento indicado en el Índice Económico de Medicare (MEI por sus siglas en ingles).

El aumento MEI para el 2007 es de 2.1%. Por lo tanto, para el año calendario 2007, la cantidad de pago por el código HCPCS Q3014 (tarifa de originación de la instalación de Teleconsulta) es el 80% del cargo menor entre lo facturado o \$22.94.

Observe que el beneficiario es responsable por cualquier cantidad deducible o co-aseguro que no se haya pagado.

## Billing Policies

- *Amends the reassignment of payment regulations to state that an individual supplier furnishing a service has unrestricted access to the billings submitted by the entity receiving Medicare payment for services furnished by that supplier, irrespective of whether the supplier is an employee or independent contractor.*
- *Announces that the drug add-on adjustment to the end stage renal diseased (ESRD) composite payment rate for 2007 will increase from 14.5 percent to 15.1 percent.*

*Lastly, the final rule addresses comments received on the separate notice published June 29, 2006 (Five Year Review of Work Relative Value Units Under the Physician Fee Schedule and Proposed Changes to the Practice Expense Methodology (CMS-1521-PN)), which is contained in an attachment to CR 5443. Further discussion of the above summarized items is in that same attachment to CR5443.*

### Telehealth originating site facility fee for 2007

*Section 1834(m) of the Social Security Act established the Medicare telehealth originating site facility fee payment amount for telehealth services provided from October 1, 2001, through December 31, 2002, at \$20. For telehealth services provided on or after January 1 of each subsequent calendar year, the telehealth originating site facility fee is increased as of the first day of the year by the percentage increase in the Medicare Economic Index (MEI).*

*The MEI increase for 2007 is 2.1%. Thus for calendar year 2007, the payment amount for HCPCS code "Q3014, telehealth originating site facility fee" is 80% of the lesser of the actual charge, or \$22.94.*

*Note that the beneficiary is responsible for any unmet deductible amount or coinsurance.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

La tarifa del lugar de origenación de la instalación de Teleconsulta y el aumento MEI por periodo de tiempo aplicable se muestra en la Tabla 1, indicada a continuación:

**Tabla 1**

Tarifa por el Establecimiento de Origen de Telesalud Medicare y el MEI por Periodo de Tiempo <i>Medicare Telehealth Originating site Facility Fee and MEI by Time Period</i>		
Tarifa de Establecimiento <i>Facility Fee</i>	MEI	Periodo de Tiempo <i>Time Period</i>
\$20.00	N/A	10/01/2001 – 12/31/2002
\$20.60	3.00%	01/01/2003 – 12/31/2003
\$21.20	2.90%	01/01/2004 – 12/31/2004
\$21.86	3.10%	01/01/2005 – 12/31/2005
\$22.47	2.80%	01/01/2006 – 12/31/2006
\$22.94	2.10%	01/01/2007 – 12/31/2007

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre las Políticas de Pago de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS) para 2007 visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R258OTN.pdf>.

Para más detalles sobre temas importantes discutidos en la reglamentación final, vea el documento titulado “*Revisions to Payment Policies and Five-Year Review of Work Relative Value Units Under Physician Fee Schedules for CY2007; and Other Changes to Payment Under Part B; Revisions to the Payment Policies of Ambulance Services Under the Fee Schedule for Ambulance Services; Ambulance Inflation Factor Update for CY 2007*”, que se incluye como anejo al CR5443.

Usted encontrará el comunicado de prensa publicado por CMS el 1 de noviembre de 2006, titulado “**MEDICARE ANNOUNCES FINAL RULE SETTING PHYSICIAN PAYMENT RATES AND POLICIES FOR 2007**” en el siguiente enlace: <http://cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=2044>; también encontrará más información sobre tarifas fijas para médicos en el sitio Web de CMS - Physician Center, en el siguiente enlace: <http://cms.hhs.gov/center/physician.asp>.

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

## Billing Policies

*The Medicare telehealth originating site facility fee and MEI increase by applicable time period is shown in Table 1, below.*

**Table 1**

Tarifa por el Establecimiento de Origen de Telesalud Medicare y el MEI por Periodo de Tiempo <i>Medicare Telehealth Originating site Facility Fee and MEI by Time Period</i>		
Tarifa de Establecimiento <i>Facility Fee</i>	MEI	Periodo de Tiempo <i>Time Period</i>
\$20.00	N/A	10/01/2001 – 12/31/2002
\$20.60	3.00%	01/01/2003 – 12/31/2003
\$21.20	2.90%	01/01/2004 – 12/31/2004
\$21.86	3.10%	01/01/2005 – 12/31/2005
\$22.47	2.80%	01/01/2006 – 12/31/2006
\$22.94	2.10%	01/01/2007 – 12/31/2007

### Additional Information

*You can find more information about the 2007 Physician Fee Schedule Payment Policies by going to CR 5443, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R258OTN.pdf> on the CMS website.*

*Please see, as an attachment to that CR, a document entitled *Revisions to Payment Policies and Five-Year Review of Work Relative Value Units Under the Physician Fee Schedules for CY 2007, and Other Changes to Payment Under Part B; Revisions to the Payment Policies of Ambulance Services Under the Fee Schedule for Ambulance Services; Ambulance Inflation Factor Update for CY 2007, for more details on the significant issues discussed in the final rule.**

*You can find the November 1, 2006 CMS press release entitled **MEDICARE ANNOUNCES FINAL RULE SETTING PHYSICIAN PAYMENT RATES AND POLICIES FOR 2007**, by going to <http://cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=2044>; and other information about the physician fee schedule by going to the CMS Physician Center Website at <http://cms.hhs.gov/center/physician.asp>.*

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

Pub. MM5443/ Trans R258OTN / CR5443 / 12-22-06 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### FACTURACIÓN DIRECTA Y PAGO A PROFESIONALES DE LA SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS DE HOSPITAL

#### Proveedores Afectados

Todos los hospitales, Especialistas en Enfermería Clínica (CNSs por sus siglas en inglés), Enfermeras Prácticas (NPs por sus siglas en inglés), y patronos de Asistentes Médicos (PAs por sus siglas en inglés) que facturan a Medicare por servicios prestados en hospitales y a pacientes ambulatorios de hospital.

#### Trasfondo

La Sección 4511(a)(2)(B) del *Balanced Budget Act* del 1997 enmendó la sección 1861(b)(4) de la Ley de Seguro Social **para excluir los servicios profesionales de NPs, CNSs y PAs de los servicios prestados a pacientes hospitalizados**. Por consiguiente, en la misma fecha de vigencia de la Petición de Cambio (CR) 5221, los NPs y CNs están autorizados a facturar a contratistas de la Parte B de Medicare directamente por sus servicios profesionales cuando estos servicios se prestaron a pacientes del hospital, tanto pacientes hospitalizados como ambulatorios. **El patrono de un PA, en lugar del hospital, debe facturar al contratista por sus servicios profesionales cuando los mismos se prestaron a pacientes del hospital. Los hospitales no deben facturar por servicios profesionales prestados por un PA, a no ser que el PA sea empleado del hospital.**

#### Puntos Clave

Este artículo y el CR 5221 describen la eliminación del párrafo en el *Medicare Claims Processing Manual*, localizado en el Capítulo 12, Sección 120.1, que contiene la política vencida sobre pago a NPs y CNSs por servicios prestados en hospitales. Los cambios son los siguientes:

## Billing Policies

### DIRECT BILLING AND PAYMENT FOR NON-PHYSICIAN PRACTITIONER (NPP) SERVICES FURNISHED TO HOSPITAL INPATIENTS AND OUTPATIENTS

#### Provider Types Affected

*All hospitals, clinical nurse specialists (CNSs), nurse practitioners (NPs), and the employers of physician assistants (PAs) who bill Medicare for hospital inpatient and outpatient services.*

#### Background

*Section 4511(a)(2)(B) of the Balanced Budget Act of 1997 amended section 1861(b)(4) of the Social Security Act to **exclude the professional services of NPs, CNSs and PAs from hospital inpatient services**. Accordingly, upon the effective date of Change Request (CR) 5221, NPs and CNSs are authorized to bill Medicare carriers directly for their professional services when furnished to hospital patients, both inpatients and outpatients. **The employer of a PA, rather than the hospital, must bill the carrier for their professional services when furnished to hospital patients. Hospitals should not bill for the professional services of a PA, unless the PA is employed by the hospital.***

#### Key Points

*This article and Change Request (CR) 5221 describe the removal of the paragraph in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12 section 120.1 that contains outdated policy on payment for NP and CNS services furnished in a hospital setting. The changes are as follows:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Los servicios profesionales prestados por NPs y CNSs a pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios de hospital pueden ser facturados directamente por el NP o CNS al Contratista bajo su respectivo número de facturación de Medicare o su Identificador Nacional de Proveedor (NPI por sus siglas en inglés), una vez que el NPI se encuentre vigente.
- El patrono de un PA puede facturar al Contratista de la Parte B directamente por servicios profesionales prestados por el PA a pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios de hospital bajo el número de facturación de Medicare del PA, o bajo el NPI del PA, una vez que el NPI se encuentre vigente.
- Los hospitales pueden facturar al Contratista de la Parte B por los servicios profesionales de un NP o un CNS prestados a pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios de hospital cuando el pago por los servicios del NP y del CNS ha sido reasignado al hospital, y cuando el hospital factura por esos servicios bajo el Número de Identificación Universal (UPIN por sus siglas en inglés) del NP o CNS.
- Su contratista de la Parte B de Medicare identificará y reprocesará cualquier reclamación sometida por los NPs, CNSs o por el patrono de un PA, que haya sido denegada desde el 1 de enero de 2006, porque la reclamación indicaba que el lugar de servicio era una instalación hospitalaria o un lugar de servicios ambulatorios de hospital.
- Para reclamaciones con fechas de servicio previas al 1 de enero de 2006, el contratista reabrirá las reclamaciones que fueron denegadas porque indicaban que el lugar de servicio era una instalación hospitalaria o un lugar de servicios ambulatorios de hospital. Sin embargo, el contratista solamente reabrirá estas reclamaciones si el NP, el CNS, o el patrono de un PA trae la reclamación a la atención del contratista y el contratista pagará reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 1998, fecha de vigencia retroactiva a la fecha verdadera en la que los servicios fueron prestados.

## Billing Policies

- *The professional services of NPs and CNSs furnished to hospital inpatients and outpatients may be billed directly by the NP or CNS to the carrier under their respective Medicare billing number or their National Provider Identifier (NPI), once the NPI is effective.*
- *The employer of a PA may bill the carrier directly for the professional services of the PA furnished to hospital inpatients and outpatients under the PA's Medicare billing number or the PA's NPI, once the NPI is effective.*
- *Hospitals may bill the carrier for the professional services of an NP or a CNS furnished to hospital inpatients and outpatients when payment for the NP and CNS services has been reassigned to the hospital and when the hospital bills for these services under the NP's or CNS's Universal Provider Identifier Number (UPIN).*
- *Your Medicare carrier will identify and reprocess any claims submitted by NPs, CNSs, or the employer of a PA that have been denied since January 1, 2006, because the claim listed a hospital inpatient or outpatient setting place of service.*
- *For claims for dates of service prior to January 1, 2006, the carrier will reopen claims that were denied because they listed a hospital inpatient or outpatient place of service. However, the carrier will only reopen these claims if the NP, CNS, or employer of the PA brings the claim to the attention of the carrier and the carrier will pay these claims for dates of services on or after the January 1, 1998, effective date retroactive to the actual date that the services were rendered.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5221) enviada a su Contratista de Medicare sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1168CP.pdf>. La revisión del Capítulo 12, Sección 120.1-(*Direct Billing and Payment*) del *Medicare Claims Processing Manual* se incluye como anejo al CR5221.

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

## Billing Policies

### Additional Information

The official instructions, CR5221, issued to your Medicare carrier regarding this change can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1168CP.pdf> on the CMS web site. A revised Chapter 12, Section 120.1-Direct Billing and Payment-of the Medicare Claims Processing Manual is attached to CR 5221.

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

Pub. MM5221/ Trans R1168CP / CR5221 / 01-26-07 / mlv rrc

## MEJORAS AL MULTI-CARRIER SYSTEM (MCS) PARA EVITAR PAGOS DUPLICADOS CUANDO SE REALIZA UN AJUSTE COMPLETO A UNA RECLAMACIÓN

### Tipos de Proveedores Afectados

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

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

En el CR5424, de donde se extrae este artículo, CMS anuncia las mejoras al Multi-Carrier System (MCS). MCS es el sistema que utilizan los Contratistas de Medicare de la Parte B y los Contratistas A/B MACs para procesar las reclamaciones de la Parte B por concepto de cuidado médico y otros servicios ambulatorios para evitar la duplicación de pagos cuando se realiza un ajuste completo. El CR5424 elimina y reemplaza el CR3878 en su totalidad. Este artículo tiene propósitos informativos.

### Trasfondo

En el sistema MCS, cuando una reclamación se ajusta porque hubo un pago indebido, se crea una cuenta por cobrar (A/R, por sus

## ENHANCE THE MULTI-CARRIER SYSTEM (MCS) TO AVOID DUPLICATE PAYMENTS WHEN A FULL CLAIM ADJUSTMENT IS PERFORMED

### Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative contractors (A/B MACs) for services.

### Provider Action Needed

In CR5424, from which this article was taken, CMS announces the enhancement of the Multi-Carrier System (MCS). MCS is the system that Medicare carriers and A/B MACs use to process Part B claims for physician care and other outpatient services to avoid duplicate payments when performing a full claim adjustment. CR5424 rescinds and fully replaces CR 3878. This article is mainly for informational purposes.

### Background

In the MCS system, when a claim is adjusted because of an overpayment, an accounts receivable (A/R) is created and a demand

Cont. on next page



## Políticas de Pago

siglas en inglés), y el Contratista de la Parte B o Contratista A/B MAC envía una carta de cobro al proveedor. Cuando una reclamación se ajusta porque se le pagó de menos al proveedor, el pago se le envía automáticamente al proveedor.

Si el ajuste de la reclamación (que generó el pago indebido) luego resulta estar incorrecto, el Contratista de la Parte B o A/B MAC debe ajustar la reclamación nuevamente. Esto puede suceder por muchas razones. Las dos razones más comunes son: problemas con la identificación original del pago indebido y una decisión de apelación favorable al proveedor. Cuando el ajuste de reclamación ocurre una segunda vez (a fin de permitir que se corrija el historial), el sistema MCS automáticamente emitirá pago al proveedor. En muchos casos, este segundo pago es un duplicado. Entonces, se requiere que al proveedor se le haga un cargo a la cuenta para recobrar ese pago duplicado.

El Sistema de Mantenimiento MCS ha diseñado un ajuste completo de reclamaciones para que actúe como una cancelación total y su reemplazo, con el entendimiento colectivo de los requisitos de la Ley HIPAA. Este diseño se desarrolló utilizando un proceso que, si se crea un ajuste por un pago indebido, se genera un A/R y un ajuste subsiguiente presume que las cuentas a pagar se recuperaron o se recuperarán.

### Ejemplo:

- Se procesa una reclamación y se pagan \$100 al Proveedor.
- Se determina que hubo un pago indebido de \$100.
- La reclamación se ajusta para mostrar la denegación (-\$100) y se crea una Cuenta por Cobrar de \$100.
- El pago total de la reclamación del primer ajuste es  $\$0 = \$100 - \$100$ .
- Las Cuentas a Cobrar no se han cobrado aún y el Proveedor procede a apelar.

## Billing Policies

*letter sent by the carrier or A/B MAC to the provider. When a claim is adjusted because of an underpayment, payment is automatically sent to the provider.*

*If the claim adjustment (that created the overpayment) later turns out to be incorrect, the carrier or A/B MAC must adjust the claim again. This could happen for many reasons. The two most common are: problems with the original overpayment identification and an appeal decision favorable to the provider. When the claim adjustment occurs a second time (to allow for correct history) the MCS system will automatically issue payment to the provider. In many cases, this second payment is duplicative. This then requires an offset from the provider to collect the duplicate payment.*

*The MCS System Maintainer has designed full claim adjustment to act as a full claim void and replace in accordance with the collective understanding of the requirements for HIPAA. This design was developed using a process that if an adjustment creates an overpayment, an accounts receivable is created and a subsequent adjustment assumes that the accounts receivable has either been recouped or will be recouped.*

### Example:

- *A claim is processed and \$100 is paid to the Provider.*
- *It is determined that there is an overpayment of \$100.*
- *The claim is adjusted to show the denial (-\$100) and an A/R for \$100 is created.*
- *The claim payment total from the 1st adjustment is  $\$0 = \$100 - \$100$ .*
- *The Accounts Receivable has not yet been collected and the Provider appeals.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- La decisión de la apelación está a favor del Proveedor.
- Se lleva a cabo un segundo ajuste para reflejar la reclamación como pagada: (+\$100).
- El segundo ajuste calcula su pago basado en el ajuste previo.
- Debido a que el ajuste previo indica \$0.00 (porque la reclamación fue denegada), el segundo ajuste calculó un pago de \$100 para el Proveedor.
- El pago total de la reclamación del segundo ajuste es \$100 = \$0 + \$100.
- Se genera un cheque por la suma de \$100 porque MCS no puede detener el cheque.
- Como el A/R no se cobró, el Proveedor recibe el pago dos veces.

Los contratistas de la Parte B de Medicare y A/B MACs han utilizado hasta la fecha un sistema manual para evitar los pagos duplicados. Pero ahora, el sistema MCS tendrá la capacidad de detener pagos duplicados cuando se lleva a cabo un ajuste de reclamación completo en un ajuste previo de sobrepago.

### Información Adicional

Usted encontrará la instrucción oficial (CR5424) enviada a su Contratista o A/B MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R260OTN.pdf>.

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

## Billing Policies

- *The appeal decision is in the Provider's favor.*
- *A second adjustment is performed to show the claim as paid. (+ \$100)*
- *The 2nd adjustment calculates its payment based on the previous adjustment.*
- *Since the previous adjustment reads \$0.00 (because the claim was denied) the 2nd adjustment calculated a payment of \$100 to the Provider.*
- *The claim payment total from the 2nd adjustment is \$100 = \$0 + \$100*
- *A \$100 check is issued because MCS cannot suppress the check.*
- *Since the A/R was never collected, the Provider has been paid twice.*

*Medicare carriers and A/B MACs have, to date, used a manual system to avoid duplicate payments. But now, the MCS system will have the ability to suppress duplicate payments when a full claim adjustment is performed on a previous overpayment adjustment.*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR5424, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R260OTN.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5424/ Trans R260OTN / CR5424 / 01-12-07 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN DE EMERGENCIA A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DEL 2007 DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFSDB)

**Nota:** Este artículo se revisó el 12 de enero de 2007, para reflejar que el CR5459 fue revisado por CMS. El mismo se revisó para reflejar la nueva fecha del CR, número del "Transmittal", y la dirección Web para acceder el CR5459. El resto de la información permanece igual.

#### Tipos de Proveedor Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos A/B MAC de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios profesionales pagados a base de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

Este artículo y la Petición de Cambio (CR) 5459 proveen información a los proveedores para que tengan conocimiento que se emitieron archivos de pago a los contratistas basados en la Reglamentación Final del MPFS del 1 de diciembre de 2006. El CR5459 enmienda esos archivos de pago.

#### Puntos Clave

Usted puede **revisar el Anejo 1** del CR5459, que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1143CP.pdf>. Los siguientes puntos clave resumen las especificaciones que se identifican en el anejo al CR5459.

- Los indicadores de estatus de las tarifas fijas para médicos para los códigos de demostración de oncología G9050 – G9062 para el 2007 son "I"; estos **códigos están invalidados** para el uso por parte de Medicare en el 2007, por lo tanto, no se efectuarán

## Billing Policies

### EMERGENCY UPDATE TO THE 2007 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE (MPFSDB)

**Note:** This article was revised on January 12, 2007 to reflect that CR5459 was revised by CMS. The article was revised to reflect the new CR release date, transmittal number, and the Web address for accessing CR5459. All other information remains the same.

#### Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare administrative contractors (A/B MACs)) for professional services paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

#### Background

This article and related Change Request (CR) 5459 wants providers to know that payment files were issued to contractors based upon the December 1, 2006, MPFS Final Rule. CR5459 amends those payment files.

#### Key Points

You may wish to **review Attachment 1** of the CR5459, which is located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1143CP.pdf> on the CMS website. The following key points summarize the specifics that are identified in the attachment to CR5459.

- The physician fee schedule status indicators for oncology demonstration codes G9050 to G9062 for 2007 are "I"; these **codes are invalid** for Medicare use in 2007, thus, payment will not be

Cont. on next page

## Políticas de Pago

pagos para esos códigos durante el 2007. (Para más detalles sobre el proyecto de Demostración de Oncología, vea el artículo *MLN Matters en el sitio Web de CMS*: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4219.pdf>.)

- Los **códigos de demostración** de Oncología G9076, G9081, G9082, G9118, G9119, G9120, G9121, G9122, y G9127 **se eliminaron y no se pagarán por servicios prestados a partir del 31 de diciembre de 2006 en el 2007.**
- Los códigos activos de Demostración de Oncología del G9063 al G9139 tienen indicadores de estatus “M” en la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos. (Nota: Vea los requisitos mencionados arriba para los códigos descontinuados de Demostración de Oncología en este rango). Aquellos que sometan reclamaciones pueden reportar estos códigos para indicar el estatus de la enfermedad oncológica en el 2007, pero no se efectuará pago para esos códigos para servicios prestados a partir del 31 de diciembre de 2006.
- Los códigos de Categoría II, 3047F y 3076F, y el código de Categoría III 0152T, se eliminaron para el 2007.
- Los códigos “G” G0377 y G8348 hasta G8368 se añadirán al archivo de Códigos HCPCS del 2007.
- Los códigos Q4083, Q4084, Q4085, y Q4086 se añadirán, aunque no están en el archivo de Códigos HCPCS del 2007. Observe que las cantidades ASP correspondientes se reflejarán en los archivos actualizados de precio del ASP del 2007 que se publicarán en el sitio Web de CMS.
- A algunos códigos se le asignaron Indicadores de Supervisión de Diagnóstico incorrectos y estos códigos y los indicadores correctos están enumerados en el anejo al CR5459.

## Billing Policies

*made for these codes in 2007. (For more details on the Oncology Demonstration, see the MLN Matters article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4219.pdf> on the CMS site.)*

- *Oncology **demonstration codes** G9076, G9081, G9082, G9118, G9119, G9120, G9121, G9122, and G9127 are **deleted and will not be paid for services provided after December 31, 2006 in 2007.***
- *Active Oncology demonstration codes in the range G9063 to G9139 have status indicators of “M” on the Medicare physician fee schedule database. (Note: See requirement above for discontinued oncology demonstration codes within this range). Those filing claims may report these codes for oncology disease status in 2007, but payment will not be made for these codes for services provided after December 31, 2006.*
- *Category II codes 3047F and 3076F and Category III code 0152T have been deleted for 2007.*
- *G codes G0377 and G8348 through G8368 will be added to the 2007 HCPCS file.*
- *Q codes Q4083, Q 4084, Q4085, and Q4086 will be added, even though they are not on the 2007 HCPCS file. Note that corresponding ASP amounts will be reflected in updated 2007 ASP pricing files to be posted to the CMS web site.*
- *Incorrect Diagnostic Supervision Indicators were assigned to some codes and these codes and correct indicators are listed in the attachment to CR5459.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Se asignaron códigos corregidos de “0” para Procedimientos Múltiples e indicadores corregidos de “99” para las Imágenes de Familias de Diagnóstico a los códigos G0389, G0389-TC, 70554, 70554-TC, 70555, 70555-TC, 76776, y 76776-TC.
- Según se ha identificado en el anejo al CR5459, se asignaron códigos corregidos de valor relativo (RVU, por sus siglas en inglés) para trabajo, costos de práctica, y/o impericia para los códigos 44180, 44186, 73223, 73223-26, 76775, 76775-TC, 76775-26, 93503, 93539, 93540, 93541, 93542, 93543, 93544, 93545, 95060, G0389-TC, y G0389-26.
- Como resultado de lo que establece el *Tax Relief and Health Care Act 2006*, vigente el 1 de enero de 2007, el código G0377 (administración de vacuna para medicamento de la Parte D), se añade al MPFS con un indicador de status “X”. El pago del Código HCPCS G0377 está ligado al código CPT 90471 (tal como se hace el pago para los códigos G0008, G0009, y G0010). Solamente para el 2007, la legislación provee para que la Parte B pague por la administración de una vacuna cubierta por la Parte D. Cuando un médico administra una vacuna cubierta por la Parte D, el médico deberá usar el código G0377 para facturarle al contratista local de la Parte B por la administración de la vacuna. El pago al médico se realizará basado en la asignación solamente. Los requisitos normales de deducible y co-aseguro que paga el beneficiario aplican a esta administración. El pago de las vacunas cubiertas por la Parte D se realiza solamente por el Plan de Medicamentos participante. Medicare no pagará por el costo de la vacuna, como tal.
- Vigente el 1 de enero de 2007, los siguientes códigos G se añaden al MPFSDB, con un indicador de status de “M”: G8348, G8349, G8350, G8351, G8352, G8353, G8354, G8355, G8356, G8357, G8358, G8359, G8360, G8361, G8362, G8363, G8364, G8365, G8366, G8367, y G8368.

## Billing Policies

- *Corrected Multiple Procedure Codes of 0 and Diagnostic Family Imaging Indicators of 99 have been assigned to codes G0389, G0389-TC, 70554, 70554-TC, 70555, 70555-TC, 76776, and 76776-TC.*
- *As identified in the attachment to CR5459, correct work, practice expense, and/or malpractice relative value units (RVUs) have been assigned for codes 44180, 44186, 73223, 73223-26, 76775, 76775-TC, 76775-26, 93503, 93539, 93540, 93541, 93542, 93543, 93544, 93545, 95060, 95065, G0389, G0389-TC, and G0389-26.*
- *As a result of the Tax Relief and Health Care Act of 2006, effective January 1, 2007, G0377 (Administration of vaccine for Part D drug) is added to the MPFS with a status indicator of X. Payment for HCPCS code G0377 is linked to CPT code 90471 (just as payment is made for G0008, G0009, and G0010). For 2007 only, the legislation provides for Part B to pay for the administration of a covered Part D vaccine. When a physician administers a Part D vaccine, the physician should use G0377 to bill the local carrier for the administration of the vaccine. Payment to the physician will be on an assigned basis only. Normal beneficiary deductible and coinsurance requirements apply to this administration. Payment for Part D covered vaccines is made solely by the participating Prescription Drug Plan. Medicare will not pay for the vaccine itself.*
- *Effective January 1, 2007, the following G codes are added to the MPFSDB with a status indicator of M: G8348, G8349, G8350, G8351, G8352, G8353, G8354, G8355, G8356, G8357, G8358, G8359, G8360, G8361, G8362, G8363, G8364, G8365, G8366, G8367, and G8368.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- CMS estableció pago por separado para productos de “sodium hyaluronate” que han entrado al mercado desde octubre del 2003. Cuatro códigos Q provisionales están vigentes para estos productos a partir del 1 de enero de 2007, Estos son, el código Q4083 (*Hyalgan/supartz inj per dose*), el código Q4084 (*Synvisc inj per dose*), el código Q4085 (*Euflexxa inj per dose*), y el código Q4086 (*Orthovisc inj per dose*).
- Vigente el 1 de enero de 2007, se asigna el estatus de procedimiento “I” al código J7319.
- Vigente el 1 de enero de 2007, a los códigos HCPCS Q9958, Q9959, Q9960, Q9961, Q9962, Q9963, y Q9964 se les asignará el indicador de estatus de procedimiento “E”.
- Como una cortesía para el público, CMS ha establecido RVUs para un número de códigos, a pesar de que los códigos están englobados en otros códigos (“bundled”) o no son válidos para propósitos de Medicare. Estos códigos son: 38204, 38207, 38208, 38209, 38210, 38211, 38212, 38213, 38214, y 38215. Los RVUs están enumerados en el anejo al CR5459.

### Información Adicional

Para detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial (CR5459) enviada a su Contratista de la Parte B, FI o Contratista Administrativo A/B MAC de Medicare. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1152CP.pdf>.

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

## Billing Policies

- *CMS has established separate payment for sodium hyaluronate products that have come on the market since October 2003. Four interim Q codes are in effect for these products as of January 1, 2007, i.e., Q4083 (Hyalgan/supartz inj per dose), Q4084 (Synvisc inj per dose), Q4085 (Euflexxa inj per dose), and Q4086 (Orthovisc inj per dose).*
- *Procedure status I is assigned to J7319, effective January 1, 2007.*
- *Effective January 1, 2007, the HCPCS codes Q9958, Q9959, Q9960, Q9961, Q9962, Q9963, and Q9964 will be assigned to procedure status indicator E.*
- *As a courtesy to the public, CMS has established RVUs for a number of codes, even though the codes are either bundled or not valid for Medicare purposes. These codes are 38204, 38207, 38208, 38209, 38210, 38211, 38212, 38213, 38214, and 38215. The RVUs are listed for these codes in the attachment to CR5459.*

### Additional Information

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5459) issued to your Medicare carrier, FI or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1152CP.pdf> on the CMS web site.*

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

MM5459 Rev./Trans R1152CP / CR5459 / 01-11-07 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### PAGOS DE MEDICARE PARA SERVICIOS DE PRE-ADMINISTRACIÓN ASOCIADOS CON ADMINISTRACIÓN DE IVIG - PAGOS EXTENDIDOS HASTA EL AÑO CALENDARIO 2007

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y hospitales que facturan a los Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos A/B MAC (A/B MACs por sus siglas en inglés), por concepto de la administración de Inmunoglobulina Intravenosa (IVIG por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Usted puede facturar por servicios de pre-administración asociados con la administración de IVIG (código HCPCS G0332) durante el año calendario 2007. El servicio relacionado a pre-administración debe facturarse en la misma reclamación, y debe tener la misma fecha de servicio, igual que la reclamación por el IVIG, (códigos J1566 y/o J1567) y el servicio de administración de medicamentos.

El CR 5428, del cual se extrae este artículo, extiende el pago por servicios relacionados a la pre-administración de IVIG hasta el Año Calendario 2007, **pero solamente cuando se somete en la misma reclamación del IVIG y de su administración.**

Asegúrese que su personal de facturación se encuentra informado con respecto a que deben incluir su reclamación por servicios de IVIG relacionados a la pre-administración en la misma reclamación (y con la misma fecha de servicio) del IVIG y de su administración.

#### Trasfondo

Bajo la Sección 1861(s)(1) y 1861(s)(2), Medicare Parte B cubre inmunoglobulina intravenosa (IVIG por sus siglas en inglés) administrada por médicos en oficinas de médicos y por departamentos de servicios ambulatorios de

## Billing Policies

### MEDICARE PAYMENT FOR PREADMINISTRATION-RELATED SERVICES ASSOCIATED WITH IVIG ADMINISTRATION - PAYMENT EXTENDED THROUGH CY 2007

#### Provider Types Affected

*Physicians and hospitals that bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for Intravenous Immune Globulin (IVIG) administration.*

#### Provider Action Needed

*You may bill for preadministration-related services associated with Intravenous Immune Globulin (IVIG) administration (HCPCS code G0332) during calendar year 2007. The preadministration-related service must be billed on the same claim and have the same date of service, as the claim for the IVIG itself (codes J1566 and/or J1567) and the drug administration service.*

*CR 5428, from which this article was taken, extends payment of the preadministration-related service for IVIG through CY 2007 **but only when submitted on the same claim as the IVIG and its administration.***

#### What You Need to Do

*Make sure that your billing staff is aware that they must include your claim for the IVIG preadministration-related services on the same claim (and with the same date of service) as the IVIG and its administration.*

#### Background

*Under Section 1861(s)(1) and 1861(s)(2), Medicare Part B covers intravenous immune globulin (IVIG) administered by physicians in physician offices and by hospital outpatient departments. More specifically, when you administer IVIG to a Medicare beneficiary in*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

hospitales. Más específicamente, cuando usted administra IVIG a un beneficiario de Medicare en la oficina del médico o en el departamento ambulatorio del hospital, Medicare hace pagos separados al médico o al hospital para ambos servicios: el producto IVIG y la administración intravenosa de la infusión.

Además, para el 2006 CMS estableció un pago temporero por servicios relacionados a pre-administración, para médicos y departamentos ambulatorios de hospitales que administran IVIG a beneficiarios de Medicare, para cubrir el esfuerzo requerido para localizar y adquirir el producto IVIG adecuado y para prepararse para una infusión de IVIG durante este periodo corriente donde puede que ocurran potenciales situaciones de cuidado en el mercado. **El CR 5428, de donde se extrae este artículo, anuncia la extensión de este pago temporero para los servicios IVIG relacionados con pre-administración hasta el Año Calendario 2007.**

Como recordatorio, a continuación se indican algunos detalles importantes que usted debe saber:

- La política y requisitos de facturación concernientes a los pagos de servicios de pre-administración relacionados a IVIG son los mismos en el 2007 según fueron en el 2006.
- Este pago por servicio de pre-administración de IVIG es en adición a los pagos de Medicare a los médicos u hospitales, por concepto del producto IVIG en sí y por su administración por infusión intravenosa.
- Los Contratistas de la Parte B de Medicare, FIs, o A/B MACs pagarán por estos servicios, cuando se ofrecen en una oficina de médico, bajo la tarifa fija para médicos; y los FIs o A/B MACs pagarán por los mismo bajo el sistema de pago prospectivo de servicios ambulatorios (OPPS por sus siglas en ingles), para hospitales sujetos a OPPS (Tipo de factura: 12x, 13x) o bajo metodologías actuales de pago para todos los hospitales no-OPPS (Tipo de factura: 12x, 13x, 85x).

## Billing Policies

*the physician office or hospital outpatient department, Medicare makes separate payments to the physician or hospital for both the IVIG product itself and for its administration via intravenous infusion.*

*In addition, for 2006, CMS established a temporary preadministration-related service payment, for physicians and hospital outpatient departments that administer IVIG to Medicare beneficiaries, to cover the effort required to locate and acquire adequate IVIG product and to prepare for an infusion of IVIG during this current period where there may be potential market issues. **CR 5428, from which this article was taken, announces the extension of this temporary payment for the IVIG preadministration-related service through CY 2007.***

*As a reminder, here are some important details that you should know:*

- *The policy and billing requirements concerning the IVIG preadministration-related services payment are the same in 2007 as they were in 2006.*
- *This IVIG pre-administration service payment is in addition to Medicare's payments to the physician or hospital for the IVIG product itself and for its administration by intravenous infusion.*
- *Medicare Carriers, FIs, or A/B MACs will pay for these services, that are provided in a physician office, under the physician fee schedule; and FIs or A/B MACs will pay for them under the outpatient prospective payment system (OPPS), for hospitals subject to OPPS (bill types: 12x, 13x) or under current payment methodologies for all non-OPPS hospitals (bill types: 12x, 13x, 85x).*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

- Para facturar por este servicio usted necesita utilizar el código HCPCS G0332- Servicios Relacionados a Pre-Administración para infusión Intravenosa de Inmunoglobulina, (este servicio debe facturarse conjuntamente con la administración de inmunoglobulina).
- Usted puede facturar por una sola pre-administración IVIG por paciente, por día de administración IVIG.
- El servicio debe facturarse en la misma reclamación del producto IVIG (código HCPCS J1566 (inyección, inmunoglobulina, intravenosa, liofilizada [ejemplo: polvo], 500 mg.) y/o el código J1567 (Inyección, inmunoglobulina, intravenosa, no-liofilizada [ejemplo: líquido] 500 mg), y deben tener la misma fecha de servicio que el producto IVIG y la administración del medicamento.
- Sus reclamaciones por servicios relacionados a pre-administración serán devueltos/rechazados por su FI, Contratista, o A/B MAC si se incluye más de una unidad de servicio de G0332 en la misma reclamación para el servicio en la misma fecha de servicio. Ellos utilizarán el código de razón/comentario apropiado, tales como:
  - **M80** - "No cubierto cuando realizado durante la misma sesión/fecha de un servicio previamente procesado para el paciente",
  - **B5** - "Pago ajustado porque las guías de cubierta/programa no fueron cumplidos o fueron excedidos",
  - **M67** - "Faltan otros códigos de procedimiento", y/o
  - **16** - "La reclamación/servicio carece de información necesaria para su adjudicación".

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5428) enviada a su FI, Contratista de la Parte B o Contratista Administrativo A/B MAC visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1140CP.pdf>.

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

## Billing Policies

- *You need to use HCPCS code G0332 - Preadministration-Related Services for Intravenous Infusion of Immunoglobulin, (this service is to be billed in conjunction with administration of immunoglobulin) to bill for this service.*
- *You can bill for this only one IVIG preadministration per patient per day of IVIG administration.*
- *The service must be billed on the same claim form as the IVIG product (HCPCS codes J1566 (Injection, immune globulin, intravenous, lyophilized (E.G. powder), 500 mg) and/or J1567 (Injection, immune globulin, intravenous, non-lyophilized (E.G. liquid), 500 mg), and have the same date of service as the IVIG product and a drug administration service.*
- *Your claims for preadministration-related services will be returned/rejected by your FI, carrier, or A/B MAC if more than 1 unit of service of G0332 is indicated on the same claim for the same date of service. They will use the appropriate reason/remark code such as:*
  - **M80** - "Not covered when performed during the same session/date as a previously processed service for the patient;"
  - **B5** - "Payment adjusted because coverage/program guidelines were not met or were exceeded;"
  - **M67** - "Missing other procedure codes;" and/or
  - **16** - "Claim/service lacks information which is needed for adjudication."

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR 5428, issued to your FI, carrier, or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1140CP.pdf> on the CMS website*

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

MM5428 Rev. / Trans R1140CP / CR5428 / 12-22-06 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### “TAX RELIEF AND HEALTH CARE ACT 2006” CAMBIOS EN LA FACTURACIÓN DE LABORATORIOS INDEPENDIENTES PARA EL COMPONENTE TÉCNICO (TC) DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PATOLÓGICOS

#### Proveedores Afectados

Laboratorios independientes que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B y Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5468, que instruye a los Contratistas de Medicare a notificar a los laboratorios independientes que aquellos laboratorios que cualifican para facturar bajo el *Tax Relief and Health Care Act* del 2006 (Sección 104) pueden continuar facturando a su Contratista de la Parte B o a su Contratista Administrativo A/B hasta el 31 de diciembre de 2007 por el Componente Técnico (TC por sus siglas en inglés) de servicios de patología prestados a pacientes en un hospital cubierto, sin importar el estatus de hospitalización de dicho paciente (hospitalizado o ambulatorio) en la fecha en que el servicio fue prestado.

#### Trasfondo

El Componente Técnico (TC, por sus siglas en inglés) de servicios médicos de patología se refiere a la preparación de la laminilla, que envuelve tejidos o células que el patólogo interpretará. En contraste, la interpretación del patólogo de la laminilla es el Componente Profesional (PC por sus siglas en inglés) del servicio. Si el servicio lo presta el patólogo del hospital a un paciente hospitalizado, se debe facturar por separado. Si un patólogo de un laboratorio independiente presta el Componente Profesional (PC) del servicio, usualmente se factura con el Componente Técnico del servicio, como un servicio combinado.

## Billing Policies

### TAX RELIEF AND HEALTH CARE ACT OF 2006 CHANGES TO INDEPENDENT LABORATORY BILLING FOR THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF PHYSICIAN PATHOLOGY SERVICES

#### Provider Types Affected

*Independent laboratories submitting claims to Medicare contractors (carriers and 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) 5468 which directs Medicare contractors to notify independent laboratories that those independent laboratories qualifying to bill under the Tax Relief and Health Care Act of 2006 (Section 104) may continue to bill their carrier or A/B MAC for the TC of physician pathology services furnished to patients of a covered hospital, regardless of the beneficiary's hospitalization status (inpatient or outpatient) on the date that the service was performed, through December 31, 2007.*

#### Background

*The technical component (TC) of physician pathology services refers to the preparation of the slide, involving tissue or cells that a pathologist will interpret. (In contrast, the pathologist's interpretation of the slide is the professional component (PC) service. If this service is furnished by the hospital pathologist for a hospital patient, it is separately billable. If the independent laboratory's pathologist furnishes the PC service, it is usually billed with the TC service as a combined service.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

En la reglamentación final de las tarifas fijas para médicos, publicada en el *Federal Register* del 2 de noviembre de 1999 (refiérase al siguiente enlace: [http://www.access.gpo.gov/su\\_docs/fedreg/a991102c.html](http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a991102c.html); *Health Care Financing Administration*), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) indicó que implementará una política para pagar solamente al hospital por el Componente Técnico del servicio médico de patología prestado a pacientes hospitalizados. Previo a esta propuesta, cualquier laboratorio independiente podía facturar al Contratista de la Parte B bajo las tarifas fijas para médicos por el Componente Técnico (TC) de los servicios médicos de patología suministrado a pacientes hospitalizados. Según se señala en la reglamentación final, esta política ha contribuido a que el programa de Medicare realice pagos duplicados por concepto del Componente Técnico, primero a través de la Tarifa de Pago Prospectivo de Pacientes Hospitalizados, cuando paga al hospital donde se encuentra hospitalizado el beneficiario, y nuevamente al laboratorio independiente que factura al Contratista, en lugar de facturar al hospital, por el Componente Técnico del servicio.

Usualmente, las estipulaciones finales de las tarifas fijas para médicos se implementan durante el año siguiente. En este caso, la estipulación fue retrasada por un año, a petición de la industria, para permitir que los laboratorios independientes y hospitales tuvieran suficiente tiempo para negociar acuerdos. Además, las nuevas estipulaciones establecidas bajo el *Benefits Improvement and Protection Act* del 2000 (BIPA; Sección 542), extensiones administrativas de estas estipulaciones, y estipulaciones establecidas bajo el *Medicare Modernization Act* (MMA; Sección 732) han retrasado aun más el cambio de política propuesto en la regulación. Por lo tanto, durante este tiempo los Contratistas de Medicare han continuado pagando por el Componente Técnico del servicio médico de patología cuando un laboratorio independiente presta el servicio a pacientes hospitalizados o ambulatorios de un hospital cubierto.

## Billing Policies

*In the final physician fee schedule regulation published in the Federal Register on November 2, 1999 (See [http://www.access.gpo.gov/su\\_docs/fedreg/a991102c.html](http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a991102c.html); Health Care Financing Administration), CMS stated that it would implement a policy to pay only the hospital for the TC of physician pathology services furnished to hospital patients. Prior to this proposal, any independent laboratory could bill the carrier under the physician fee schedule for the TC of physician pathology services for hospital patients. As pointed out in the final rule, this policy has contributed to the Medicare program paying twice for the TC service, first through the inpatient prospective payment rate to the hospital where the patient is an inpatient and again to the independent laboratory that bills the carrier, instead of the hospital, for the TC service.*

*Ordinarily, the provisions in the final physician fee schedule are implemented in the following year. In this case, the provision was delayed one year, at the request of the industry, to allow independent laboratories and hospitals sufficient time to negotiate arrangements. Additionally, new provisions established under the Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA; Section 542), administrative extensions of these provisions, and provisions established under the Medicare Modernization Act (MMA; Section 732), have further delayed the policy change proposed in the regulation. Therefore, during this time, the Medicare contractors have continued to pay for the TC of physician pathology services when an independent laboratory furnishes this service to an inpatient or outpatient of a covered hospital.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

**Nota:** El término “Hospitales Cubiertos” se refiere a hospitales que tenían arreglos con laboratorios independientes vigentes el 22 de julio de 1999, bajo los cuales un laboratorio prestaba el Componente Técnico del servicio médico de patología a beneficiarios “Fee-for-Service” de Medicare que eran pacientes de un hospital y que sometían reclamaciones para el pago del Componente Técnico al Contratista de la Parte B.

CMS notificó a los laboratorios independientes, en instrucciones publicadas previamente, que éstos ya no podían facturar al Contratista por dichos servicios a partir del 31 de diciembre de 2006. (Vea el CR5210, Trans. 1046, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1046CP.pdf>.)

Sin embargo, el *Tax Relief and Health Care Act* de 2006 (Sección 104) brinda una extensión de un Act (MMA; Sección 732) que permitirá al Contratista de la Parte B continuar pagando a los laboratorios independientes bajo las tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS, por sus siglas en inglés) por concepto del Componente Técnico de los servicios médicos de patología prestados a pacientes de Medicare en un hospital cubierto.

**Por lo tanto, los laboratorios independientes que califican para facturar dichos servicios, pueden continuar facturando a su Contratista de la Parte B por el Componente Técnico del servicio médico de patología prestado a pacientes en un hospital cubierto durante el año calendario 2007.**

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5468) publicada para los Contratistas de la Parte B de Medicare y los Contratistas Administrativos A/B MACs sobre este cambio, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1148CP.pdf>.

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

## Billing Policies

**Note:** *Covered hospital refers to a hospital that had an arrangement with an independent laboratory that was in effect as of July 22, 1999, under which a laboratory furnished the TC of physician pathology services to fee-for-service Medicare beneficiaries who were patients of a hospital and submitted claims for payment for the TC to a carrier.*

*CMS notified independent laboratories in previously issued instructions that they may no longer bill the carrier for these services after December 31, 2006. (See CR 5210, Transmittal 1046, at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1046CP.pdf>.)*

*However, the Tax Relief and Health Care Act of 2006 (Section 104) provides for a one-year extension to the Medicare Modernization Act (MMA; Section 732) that allows the carrier to continue to pay independent laboratories under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) for the TC of physician pathology services furnished to patients of a covered hospital.*

***Therefore, independent laboratories which qualify to bill for these services may continue to bill the carrier for the TC of physician pathology services furnished to patients of a covered hospital during calendar year 2007.***

### Additional Information

*The official instruction, CR5468, issued to Medicare carriers and A/B MACs regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1148CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5468/ Trans R1148CP / CR5468/ 01-05-07 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### CAMBIO EN EL PAGO DE CO-ASEGURO EN PRUEBAS EXPLORATORIAS PARA DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL MEDIANTE SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE Y COLONOSCOPIA

**Nota:** Este artículo se revisó el 26 de enero de 2007 para corregir una fecha de vigencia en el texto (la fecha de vigencia correcta es el 1 de enero de 2007). Además, el aviso a beneficiarios que se menciona en la página 103 es el *Medicare Summary Notice*.

#### Proveedores Afectados

Departamentos Ambulatorios de Hospitales bajo un sistema de pago que no sea Prospectivo Ambulatorio (Non-OPPS por sus siglas en inglés), y Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs por sus siglas en inglés) que facturan a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de pruebas de detección de Cáncer Colorectal mediante sigmoidoscopia flexible y colonoscopia.

#### Impacto en los Proveedores

Vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, Medicare requiere:

1. Un 25% de co-aseguro al beneficiario para pruebas de detección de cáncer colorectal mediante sigmoidoscopia flexible y colonoscopías realizadas a pacientes en departamentos ambulatorios de hospitales bajo un Sistema de Pago que no sea Prospectivo Ambulatorio (Non-OPPS); y
2. Un 25% de co-aseguro al beneficiario para pruebas de detección de cáncer colorectal mediante colonoscopías realizadas en Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs).

## Billing Policies

### COLORECTAL CANCER SCREENING FLEXIBLE SIGMOIDOSCOPY AND COLONOSCOPY COINSURANCE PAYMENT CHANGE

**Note:** This article was revised on January 26, 2007, to correct an effective date in the text (The effective date is January 1, 2007.) Also, the notice to beneficiaries mentioned on page 103 is the *Medicare Summary Notice*.

#### Provider Types Affected

*Non-Outpatient Prospective Payment System (non-OPPS) Hospital Outpatient Departments and Ambulatory Surgical Centers (ASCs) who bill Medicare fiscal intermediaries (FIs), carriers, or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for Colorectal Cancer Screening Flexible Sigmoidoscopy, and Colonoscopy.*

#### Impact on Providers

*Effective for services on or after January 1, 2007, Medicare requires:*

1. A 25% beneficiary coinsurance for colorectal cancer screening flexible sigmoidoscopies, and colonoscopies performed in the outpatient departments of non-Outpatient Prospective Payment System (non-OPPS) hospitals; and
2. A 25% beneficiary coinsurance for colorectal cancer screening colonoscopies performed in ambulatory surgery centers (ASC).

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

La Sección 1834(d)(2) de la Ley de Seguro Social, impone un cargo al beneficiario de un 25% de co-aseguro para la prueba de detección de cáncer colorectal mediante sigmoidoscopia flexible (Código HCPCS G0104 – *Colorectal Cancer Screening; Flexible Sigmoidoscopy*), que se realiza en departamentos ambulatorios de hospitales. Mientras este co-aseguro ha sido ya aplicado en el Sistema Prospectivo de Pago (OPPS) en instalaciones hospitalarias OPPS (vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 1999), ahora será también aplicado a hospitales Non-OPPS, a partir del 1 de enero de 2007.

Igualmente, la Sección 1834(d)(3) de la Ley de Seguro Social impone, en parte, el cargo de 25% de co-aseguro al beneficiario para pruebas de detección de cáncer colorectal mediante colonoscopia (Código HCPCS G0105 – *Colorectal Cancer Screening; colonoscopy on individual at high risk*) que ha sido realizada en Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs) y en departamentos ambulatorios de los hospitales. Y según se indica arriba, este co-aseguro ya ha sido aplicado a hospitales bajo un sistema OPPS (vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 1999), vigente el 1 de enero de 2007, será también aplicado a esos servicios realizados en ASCs y hospitales Non-OPPS.

Por lo tanto, vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007 (según se hace actualmente en hospitales OPPS), los FIs, Contratistas de la Parte B, Contratistas A/B MACs aplicarán un cargo de un 25% por concepto de co-aseguro a las pruebas de detección de cáncer colorectal mediante sigmoidoscopia flexible (Código G0104) y mediante colonoscopia (Códigos G0105 y G0121) que se realizan en hospitales Non-OPPS, así como a colonoscopías (Códigos HCPCS G0105 y G0121) que se realizan en ASCs.

Detalles pertinentes incluidos en el CR5387:

- Para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007, los FIs, Contratistas de la Parte B, Contratistas A/B MACs, basarán la cantidad del cargo por concepto de co-aseguro de pruebas de detección de cáncer colorectal mediante sigmoi-doscopías y

## Billing Policies

### Background

*Section 1834(d)(2) of the Social Security Act, imposes a 25% beneficiary coinsurance for colorectal cancer screening flexible sigmoidoscopies (Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] code G0104-Colorectal cancer screening; flexible sigmoidoscopy) that are performed in hospital outpatient departments. While this coinsurance has already been applied in the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) for OPPS hospitals (effective for services performed on or after January 1, 1999), it will now be applied to non-OPPS hospitals, effective January 1, 2007.*

*Similarly, Section 1834(d)(3) of the Social Security Act, in part, imposes a 25% beneficiary coinsurance for colorectal cancer screening colonoscopies (HCPCS codes G0105-Colorectal cancer screening; colonoscopy on individual at high risk, and G0121-Colorectal cancer screening; colonoscopy on individual not meeting criteria for high risk) that are performed in Ambulatory Surgical Centers (ASCs) and in hospital outpatient departments. And while, as above, this coinsurance has already been applied in the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) for OPPS hospitals (effective for services performed on or after January 1, 1999), it is being applied to these services performed in ASCs or non-OPPS hospitals, effective January 1, 2007.*

*Therefore, effective for services on or after January 1, 2007 (as is currently done for OPPS hospitals), FIs, Carriers, A/B Macs will apply the 25% coinsurance to colorectal cancer screening flexible sigmoidoscopies (G0104) and colonoscopies (G0105 and G0121) that are performed in non-OPPS hospitals and to colorectal cancer screening colonoscopies (HCPCS codes G0105 and G0121) that are performed in ASCs.*

*Pertinent details included in CR 5387 are:*

- *For services beginning January 1, 2007, FIs, carriers, A/B MACS will base the coinsurance amounts for colorectal screening sigmoidoscopies and colonoscopies, performed in non-OPPS hospitals, on the*

*Cont. on next page*

## Políticas de Pago

colonoscopías, realizadas en hospitales Non-OPPS en la metodología de pago utilizada actualmente para servicios de detección de cáncer colorectal; para aquellas pruebas realizadas en ASCs, se utilizará la metodología de pago a instalaciones ASC por dichos servicios.

- Los FIs, Contratistas de la Parte B, y los Contratistas Administrativos A/B MACs no buscarán reclamaciones, ni harán ajustes a reclamaciones de pruebas de detección de cáncer colorectal mediante colonoscopia y sigmoidoscopia que ya pagadas por Medicare, previo a la implementación de este cambio el 2 de julio de 2007, pero ajustarán aquellas reclamaciones que se traigan a su atención.
- Mientras que antes del 1 de enero de 2007, se aplicaba tanto un deducible como un co-aseguro a dichos procedimientos de detección de cáncer colorectal, vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2007 **(como parte de la Sección 5113 del Deficit Reduction Act [DRA]), se elimina el pago del deducible para colonoscopías y sigmoidoscopías realizadas en ASCs o en departamentos ambulatorios de hospitales.** (Este cambio se implementa bajo el CR5127, Trans. 1004, del 21 de julio de 2006. El artículo *Medlearn Matters* relacionado (MM5127), se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5127.pdf>.)
- Para procedimientos realizados en ASCs, este cambio aplica a las facturas del ASC, y no a las facturas de los médicos.
- Los FIs, Contratistas de la Parte B, y Contratistas Administrativos A/B MACs cambiarán los avisos que se publican en el *Medicare Summary Notice* (MSN) y que se envían a los beneficiarios para que refleje este cambio en las cantidades de co-aseguro/co-pago. Estos harán uso del mensaje MSN 61.41 – “Usted paga un 25% de la cantidad aprobada por Medicare para este servicio”. (“*You pay 25% of the Medicare-approved amount for this service.*”)

## Billing Policies

*payment methodology currently in place for colorectal screening services and, for those performed in ASCs, on Medicare’s ASC facility payment for services.*

- *FIs, carriers, and A/B MACs will neither search for nor adjust claims for colorectal screening colonoscopies and sigmoidoscopies that have been paid prior to the implementation of this change by Medicare on July 2, 2007, but they will adjust such claims that are brought to their attention;*
- *While prior to January 1, 2007, both a deductible and a coinsurance applied to these colorectal screening procedures, effective for services on or after January 1, 2007 (as part of Section 5113 of the Deficit Reduction Act [DRA]), the deductible is waived for colorectal screening sigmoidoscopies and colonoscopies performed in ASCs or hospital outpatient departments. (This change is implemented under CR 5127, transmittal 1004, dated July 21, 2006. A related MLN Matters, MM5127, is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5127.pdf> on the CMS website.)*
- *For procedures performed in ASCs, this change applies to the ASC bills, not to the physician bills.*
- *FIs, carriers, and A/B MACs will change the Medicare Summary Notices (MSNs) issued to beneficiaries to reflect this change in the coinsurance/copayment amount. They will use MSN message 61.41 – “You pay 25% of the Medicare-approved amount for this service.”*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Información Adicional

Puede encontrar más información sobre los cambios en el pago de co-aseguro en pruebas de detección de cáncer colorectal mediante sigmoidoscopia flexible y colonoscopías realizadas en el departamento ambulatorio de hospitales y ASCs, en el CR5387, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1160CP.pdf>. Como anejo al CR5387, usted encontrará la actualización al *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 1 (*General Billing Requirements*), Sección 30.3.1 (*Mandatory Assignment on Carrier Claims*); Capítulo 14 (*Ambulatory Surgical Centers*), Sección 40.2 (*Carrier Adjustment of Base Payment Rates*); y Capítulo 18 (*Preventive and Screening Services*), Secciones 60.1 (*Payment*), 60.1.1 (*Deductible and Coinsurance*); y 60.2.2 (*Ambulatory Surgical Center [ASC] Facility Fee*).

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

Pub. MM5387/ Trans R1160CP / CR5387 / 01-19-07 / mlv rrc

## Billing Policies

### Additional Information

*You can find more information about the change in the coinsurance payment amount for colorectal cancer screening flexible sigmoidoscopy and colonoscopy performed in hospital outpatient departments and ASCs, by going to CR 5387, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1160CP.pdf> on the CMS website. Attached to the CR5387, you will find updated Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 1 (General Billing Requirements), Section 30.3.1 (Mandatory Assignment on Carrier Claims); Chapter 14 (Ambulatory Surgical Centers), Section 40.2 (Carrier Adjustment of Base Payment Rates); and Chapter 18 (Preventive and Screening Services), Sections 60.1 (Payment), 60.1.1 (Deductible and Coinsurance); and 60.2.2 (Ambulatory Surgical Center [ASC] Facility Fee).*

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

## ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LOS ÉDITOS DEL CORRECT CODING INITIATIVE (CCI), VERSIÓN 13.1, 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).

### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5492, del cual se deriva este artículo, provee a sus Contratistas de la Parte B y A/B MACs el más reciente paquete de éditos al *Correct Coding Initiative*. Estos éditos (Versión 13.1), que incluyen todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, tendrán vigencia el 1 de abril de 2007.

## QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 13.1, EFFECTIVE APRIL 1, 2007

### Provider Types Affected

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

### What You Need to Know

*CR 5492, from which this article is taken, gives your carriers and A/B MACs the latest package of Correct Coding Initiative (CCI) edits. These edits (Version 13.1), which include all previous versions and updates from January 1, 1996, will be effective on April 1, 2007.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Trasfondo

Este artículo, y la Petición de Cambio (CR) 5492 relacionada, proveen un recordatorio a los médicos para que tomen nota de las actualizaciones trimestrales al *Correct Coding Initiative* (CCI). Este paquete de éditos del CCI, Versión 13.1, con vigencia el 1 de abril de 2007, estará disponible a través del Centro de Data de CMS (CDC por sus siglas en inglés).

El CCI, desarrollado por CMS, ayuda a promover metodologías de codificación correcta a nivel nacional y ayuda a controlar 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 13.1, entra en vigor el 1 de abril 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 tablas: (1) Columna 1/Columna 2 Tabla de Éditos de Codificación Correcta; y (2) Tabla de Éditos de Códigos de Exclusión Mutua (MEC, por sus siglas en inglés).

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5492) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1201CP.pdf>. 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>. Puede ver los éditos más recientes del CCI y de los Códigos de Exclusión Mutua (MEC), en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

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

## Billing Policies

### Background

*This article and related Change Request (CR) 5492 provide a reminder for physicians to take note of the latest quarterly Correct Coding Initiative updates. This package of CCI edits, Version 13.1, effective April 1, 2007, will be available via the CMS Data Center (CDC) at the website shown below.*

*The CMS National Correct Coding Initiative helps promote national correct coding methodologies and helps control improper coding. The policies 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 13.1, is effective on April 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: 1) Column 1/Column 2 Correct Coding Edits table; and 2) Mutually Exclusive Code (MEC) Edits table.*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR5492, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1201CP.pdf> on the CMS website. 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 can see the current CCI and Mutually Exclusive Code (MEC) edits at <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> on the CMS web site.*

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

Pub. 5492/ Trans R62BP / CR5492 / 03-09-07/ mlv rrc

## Laboratorio

### **CÓDIGOS DEL SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS COMUNES DEL CUIDADO DE LA SALUD (HCPCS) SUJETO A, Y EXCLUIDOS DE LAS ENMIENDAS A LOS ÉDITOS DEL “CLINICAL LABORATORY IMPROVEMENT AMENDMENTS (CLIA)”**

#### **Proveedores Afectados**

Laboratorios clínicos de diagnóstico que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de pruebas de laboratorio.

#### **Acción Necesaria por Parte del Proveedor**

Si usted no tiene un certificado CLIA válido y vigente, y somete una reclamación a su Contratista de la Parte B de Medicare o A/B MAC por un código HCPCS que se considera como si fuera una prueba de laboratorio, su pago Medicare puede verse afectado.

El “*Clinical Laboratory Improvement Amendments*” del 1988 (CLIA), requiere que, por cada prueba que realiza, esa instalación de laboratorio debe estar debidamente certificada. Los códigos HCPCS que CMS considera pruebas de laboratorio bajo CLIA (y que por tanto requieren certificación), cambian cada año. El CR 5457, del cual se deriva este artículo, informa a los Contratistas de la Parte B y a los Contratistas A/B MACs respecto a los nuevos códigos HCPCS para el 2007 que están sujetos a los éditos del CLIA, y también acerca de aquellos que ahora se encuentran excluidos de los éditos del CLIA.

Asegúrese que su personal de facturación se encuentra informado sobre los cambios a los Códigos HCPCS relacionados a CLIA para el 2007, y que usted se mantenga al corriente sobre los requisitos de certificación.

## Laboratory

### **HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES SUBJECT TO AND EXCLUDED FROM CLINICAL LABORATORY IMPROVEMENT AMENDMENTS (CLIA) EDITS**

#### **Provider Types Affected**

*Clinical diagnostic laboratories billing Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for laboratory tests.*

#### **Provider Action Needed**

*If you do not have a valid, current, CLIA certificate and submit a claim to your Medicare carrier or A/B MAC for a HCPCS code that is considered to be a laboratory test, your Medicare payment may be impacted.*

*The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1998 (CLIA) requires that for each test it performs, a laboratory facility must be appropriately certified. The HCPCS codes that CMS considers to be laboratory tests under CLIA (and thus requiring certification) change each year. CR 5457, from which this article is taken, informs carriers and A/B MACs about the new HCPCS codes for 2007 that are subject to CLIA edits and also about those that are now excluded from CLIA edits.*

*Make sure that your billing staffs are aware of these CLIA-related HCPCS changes for 2007 and that you remain current with certification requirements.*

Cont. on next page

## Laboratorio

### Trasfondo

El “*Clinical Laboratory Improvement Amendments*” del 1998 (CLIA), requiere que un laboratorio esté debidamente certificado para cada prueba que realiza.

Para asegurar que Medicare y Medicaid paguen solamente por pruebas de laboratorio que se realizan en instalaciones certificadas, los Contratistas y Contratistas A/B MACs editarán cada reclamación Medicare que se someta por un código HCPCS considerado como una prueba de laboratorio CLIA. Estos códigos HCPCS cambian todos los años, y el CR 5457, del cual se deriva este artículo, informa a los Contratistas de la Parte B y a los Contratistas A/B MACs acerca de los nuevos códigos HCPCS para el 2007 que están ya sea sujetos a, o excluidos de, los éditos CLIA.

Los códigos HCPCS (enumerados en la Tabla 1 que sigue), son nuevos para el 2007 y están sujetos a los éditos CLIA (la lista no incluye los nuevos códigos HCPCS para pruebas con dispensa o procedimientos realizados por el proveedor). Esto significa que el laboratorio que realiza estas pruebas debe tener ya sea, un certificado CLIA de registro (certificado tipo código 9), un certificado CLIA de cumplimiento (certificado tipo código 1), o un certificado CLIA de acreditación (certificado tipo código 3). Por otro lado, una instalación sin un certificado CLIA válido y vigente, o con un certificado de acreditación CLIA con dispensa (certificado tipo código 2), o con un certificado CLIA vigente para procedimientos microscópicos realizados por el proveedor (certificado tipo código 4), no recibirá pago por estas pruebas y las reclamaciones les serán denegadas.

**TABLA 1 - TABLE 1**

Nuevos Códigos HCPCS Sujetos a los Éditos CLIA para el 2007 <i>New 2007 HCPCS Codes Subject to CLIA Edits</i>	
Código HCPCS <i>HCPCS Code</i>	Descripción <i>Description</i>
17311	Mohs micrographic technique, including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and histopathologic preparation including the routine stain(s) (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue), head, neck, hands, feet, genitalia, or any location with surgery directly involving muscle, cartilage, bone, tendon, major nerves, or vessels; first stage, up to 5 tissue blocks; addition to code for primary procedure);

## Laboratory

### Background

*The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1998 (CLIA) require a laboratory facility to be appropriately certified for each test it performs.*

*To ensure that Medicare and Medicaid only pay for laboratory tests that are performed by certified facilities, carriers and A/B MACs will edit each Medicare claim submitted for a HCPCS code considered to be a CLIA laboratory test. These HCPCS codes change each year, and CR 5457, from which this article is taken, informs carriers and A/B MACs about the new HCPCS codes for 2007 that are both subject to, and excluded from, CLIA edits.*

*The HCPCS codes listed in the Table 1, below, are new for 2007 and are subject to CLIA edits (the list does not include new HCPCS codes for waived tests or provider-performed procedures.) This means that laboratory facilities performing these tests must have either a CLIA certificate of registration (certificate type code 9), a CLIA certificate of compliance (certificate type code 1), or a CLIA certificate of accreditation (certificate type code 3). Conversely, a facility without a valid, current, CLIA certificate, or with a current CLIA certificate of waiver (certificate type code 2) or a current CLIA certificate for provider-performed microscopy procedures (certificate type code 4) will not be paid for these tests and the claims will be denied.*

Cont. on next page

**TABLA 1 - TABLE 1**

<b>Nuevos Códigos HCPCS Sujetos a los Éditos CLIA para el 2007</b> <b>New 2007 HCPCS Codes Subject to CLIA Edits</b>	
<b>Código HCPCS</b> <b>HCPCS Code</b>	<b>Descripción</b> <b>Description</b>
17312	Mohs micrographic technique, including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and histopathologic preparation including the routine stain(s) (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue), head, neck, hands, feet, genitalia, or any location with surgery directly involving muscle, cartilage, bone, tendon, major nerves, or vessels; each additional stage after the first stage, up to 5 tissue blocks (list separately in addition to code for primary procedure);
17313	Mohs micrographic technique, including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and histopathologic preparation including the routine stain(s) (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue), of the trunk, arms, or legs; first stage, up to 5 tissue blocks;
17314	Mohs micrographic technique, including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and histopathologic preparation including the routine stain(s) (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue), of the trunk, arms, or legs; each additional stage after the first stage, up to 5 tissue blocks (list separately in addition to code for primary procedure)
17315	Mohs micrographic technique, including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and histopathologic preparation including the routine stain(s) (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue), each additional block after the first 5 tissue blocks, any stage (list separately in addition to code for primary procedure)
82107	Alpha-fetoprotein (AFP); APF-L3 fraction isoform and total AFP (including ratio)
83698	Lipoprotein-associated phospholipase A2, (Lp-PLA2)
83913	Molecular diagnostics; RNA stabilization
86788	Antibody; West Nile virus, IgM
86789	Antibody; West Nile virus
87305	Infectious agent antigen detection by enzyme immunoassay technique, qualitative or semiquantitative, multiple-step method; Aspergillus
87498	Infectious agent detection by nucleic acid (DNA or RNA); enterovirus, amplified probe technique
87640	Infectious agent detection by nucleic acid (DNA or RNA); Staphylococcus aureus, amplified probe technique
87641	Infectious agent detection by nucleic acid (DNA or RNA); Staphylococcus aureus, methicillin resistant, amplified probe technique
87653	Infectious agent detection by nucleic acid (DNA or RNA); Streptococcus, group B, amplified probe technique
87808	Infectious agent detection by immunoassay with direct optical observation; Trichomonas vaginalis

Cont. on next page

## Laboratorio

EICR 5457 también provee los códigos HCPCS que fueron descontinuados el 31 de diciembre de 2006.

## Laboratory

CR 5457 also provides HCPCS codes that were discontinued on 12/31/2006.

<b>TABLA 2 - TABLE 2</b>	
<b>Códigos HCPCS Descontinuados en el 2007</b> <i>HCPCS Codes Discontinued in 2007</i>	
<b>Código HCPCS</b> <i>HCPCS Code</i>	<b>Descripción</b> <i>Description</i>
<b>17304</b>	Chemosurgery (Mohs micrographic technique), including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and complete histological preparation including the first routine stain (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue); first stage, fresh tissue technique, up to five specimens;
<b>17305</b>	Chemosurgery (Mohs micrographic technique), including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and complete histological preparation including the first routine stain (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue); second stage, fixed or fresh tissue technique, up to five specimens;
<b>17306</b>	Chemosurgery (Mohs micrographic technique), including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and complete histological preparation including the first routine stain (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue); third stage, fixed or fresh tissue technique, up to five specimens;
<b>17307</b>	Chemosurgery (Mohs micrographic technique), including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and complete histological preparation including the first routine stain (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue); additional stage(s), up to five specimens, each stage; and
<b>17310</b>	Chemosurgery (Mohs micrographic technique), including removal of all gross tumor, surgical excision of tissue specimens, mapping, color coding of specimens, microscopic examination of specimens by the surgeon, and complete histological preparation including the first routine stain (eg, hematoxylin and eosin, toluidine blue); each additional specimen, after the first five specimens, fixed or fresh tissue any stage (list separately in addition to code for primary procedure).

**Nota:** Los Contratistas y Contratistas A/B MACs añadirán el código LC de 610 para la especialidad de histopatología a los nuevos códigos HCPCS para Mohs (17311, 17312, 17313, 17314, y 17315), aún cuando no se encuentren actualmente editados a nivel de certificación de laboratorio (LC, por sus siglas en inglés).

Recuerde que los Contratistas de la Parte B y los Contratistas A/B MACs devolverán las reclamaciones que se sometán con los códigos

**Note:** Carriers and A/B MACS will add the LC code of 610 for the specialty of histopathology to the new Mohs HCPCS codes (17311, 17312, 17313, 17314, and 17315) even though are not currently edited at the laboratory certification (LC) level.

Remember that carriers and A/B MACs will return as unprocessable claims submitted with the HCPCS codes displayed in Table 1, above,

Cont. on next page

## Laboratorio

HCPCS indicados en la Tabla 1 (ver arriba), como “no procesables” si no tienen un número CLIA. También, los Contratistas de la Parte B y Contratistas A/B MACs denegarán el pago de reclamaciones sometidas sin un certificado CLIA válido y vigente, o con un certificado CLIA de dispensa (certificado tipo código 2), o un certificado CLIA para procedimientos microscópicos realizados por el proveedor (certificado tipo código 4). Finalmente, los Contratistas y Contratistas A/B MACs no buscarán en sus archivos para ya sea, retractarse de pagos de reclamaciones ya pagadas, ni para pagar retroactivamente aquellas reclamaciones procesadas previo a la fecha de implementación del 2 de abril de 2007.

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5457) enviada a su Contratista de la Parte B o Contratista A/B MAC accediendo el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1165CP.pdf>.

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

## Laboratory

*without a CLIA number. Also, carriers and A/B MACs will deny payment for claims submitted without a valid current CLIA certificate, or with a CLIA certificate of waiver (certificate type code 2), or a CLIA certificate for provider-performed microscopy procedures (certificate type code 4). Finally, carriers and A/B MACs will not search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims processed prior to the April 2, 2007, implementation date. They will adjust claims that are brought to their attention.*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR 5457, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1165CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5457/ Trans R1165CP / CR5457 / 01-26-07 / mlv rrc

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

--RECORDATORIO--

El proveedor de laboratorio clínico siempre debe guardar en los expedientes de sus pacientes de Medicare los siguientes documentos:

- copia de la orden o referido médico y
- los resultados de las pruebas de laboratorio

Esta información debe estar siempre accesible y de recibir una petición de documentación por parte del contratista, es necesario que esta se someta en el tiempo estipulado.

## REQUIRED DOCUMENTATION FOR CLINICAL LABORATORY SERVICES

--REMINDER--

*A clinical laboratory provider must keep always in file the following documents of its Medicare patients:*

- *Copy of the medical order and,*
- *The tests results*

*This information must be always accessible and upon receipt of a request for documentation on the part of the contractor, it is necessary that this is submitted in the stipulated time.*

MAR-POE-05-16-07

## Ambulancia

### ELIMINACIÓN DE LOS FORMULARIOS CMS-1491 Y CMS-1490U

#### Tipos de Proveedores Afectados

Suplidores de servicios de ambulancia que someten reclamaciones a los contratistas Medicare o Contratistas A/B MAC (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios de ambulancia a los beneficiarios de Medicare.

#### Impacto en los Proveedores

A partir del 2 de abril de 2007, los suplidores de servicio de ambulancia deberán someter sus reclamaciones en papel utilizando el Formulario CMS-1500 (ver la Sección *Información Adicional* de este artículo para la dirección Web del CMS-1500). **Nota: La fecha del 2 de abril de 2007 realmente se refiere a la fecha en que su Contratista o A/B MAC recibe la reclamación. Por lo tanto, asegúrese de que las reclamaciones que usted envíe y que se reciban a partir del 2 de abril de 2007, se envíen en el Formulario CMS-1500.**

#### Trasfondo

El propósito del CR5390 es notificar a los suplidores de servicios de ambulancia que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) determinaron que los formularios de reclamación CMS-1491 y CMS1490U ya no se imprimirán a partir del 1 de octubre de 2006. Por lo tanto, a partir del 2 de abril de 2007, no se les permitirá a los Contratistas de la Parte B y a los Contratistas A/B MACs aceptar reclamaciones de suplidores de ambulancia en los Formularios CMS-1491 y CMS1490U. Si su Contratista de la Parte B o A/B MAC recibe reclamaciones en los formularios CMS1491 y/o CMS1490U a partir del 2 de abril de 2007, las rechazarán y las devolverán para que las vuelva a someter haciendo uso del Formulario CMS-1500.

## Ambulance

### ELIMINATION OF CMS-1491 AND CMS-1490U FORMS

#### Provider Types Affected

*Suppliers of ambulance services who submit claims to Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for ambulance services to Medicare beneficiaries.*

#### Impact on Providers

*Ambulance suppliers should submit their paper ambulance claims using the Form CMS-1500 on or after April 2, 2007 (see Additional Information section for the CMS-1500 web address). **Note: The April 2, 2007, date actually refers to the date your carrier or A/B MAC receives the claim. So, be sure the claims you send that will be received on or after April 2, 2007, are sent on the Form CMS-1500.***

#### Background

*The purpose of CR 5390 is to notify suppliers of ambulance services that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) determined that paper claim forms CMS-1491 and CMS 1490U will no longer be printed effective October 1, 2006. Therefore, as of April 2, 2007, carriers and A/B MACs are no longer permitted to accept claims from ambulance suppliers on the Forms CMS-1491 and CMS1490U. If your carrier or A/B MAC receives claims on forms CMS-1491 and/or CMS-1490U on or after April 2, 2007, they will reject the claim back to you and you will need to send it again using the CMS-1500 form.*

Cont. on next page

## Ambulancia

El *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 1, Sección 7.8.4, está bajo revisión para eliminar toda la información correspondiente a los formularios CMS-1491 y CMS 1490U, y el Capítulo 15, Sección 30.1.3 será eliminado en su totalidad. (Vea las instrucciones oficiales para el CR5390 para revisar estas secciones del manual).

### Información Adicional

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

Si desea detalles completos respecto a esta Petición de Cambio (CR), refiérase a la instrucción oficial (CR5390) enviada a su Contratista o A/B MAC. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1144CP.pdf>.

Si desea evaluar el formulario CMS-1500, el mismo está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/CMS1500.pdf>. Si desea adquirir formularios para someter reclamaciones, debe comunicarse con la oficina de imprenta del Gobierno Federal en el siguiente número: (202) 512-1800; imprentas locales, y/o tiendas de artículos de oficina. Los suplidores típicamente venden el formulario CMS-1500 en varios formatos (copias simples, copias múltiples, alimentación continua, láser, etc.). Debido a que muchos Contratistas y A/B MACs hacen uso de la tecnología de "scanner" para leer estos formularios, no sometan formularios fotocopiados. Más información y especificaciones sobre el formulario CMS-1500 están disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/16\\_1500.asp](http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/16_1500.asp).

El artículo MLN Matters MM5069 provee información de trasfondo sobre el formulario CMS-1500 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5060.pdf>.

## Ambulance

*The Medicare Claims Processing Manual Chapter 1, Section 70.8.4 is being revised to eliminate all information that pertains to CMS-1491 and CMS 1490U forms and Chapter 15, Section 30.1.3 is being deleted in its entirety. (See the official instructions for CR5390 to review these manual sections)*

### 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 (CR5390) issued to your Medicare A/B MAC or carrier. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1144CP.pdf> on the CMS web site.*

*If you would like to review CMS-1500 you may find it at: <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/CMS1500.pdf> on the CMS website. In order to purchase claim forms, you should contact the U.S. Government Printing Office at (202) 512-1800, local printing companies in your area, and/or office supply stores. Vendors typically sell the CMS-1500 claim form in its various configurations (single part, multi-part, continuous feed, laser, etc). Because many carriers and A/B MACs use scanner technology to read these forms, do not submit photocopied claims. Further specifications and information about the CMS-1500 is available at [http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/16\\_1500.asp](http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/16_1500.asp) on the CMS website.*

*MLN Matters article MM5060 provides background information about CMS-1500 at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5060.pdf> on the CMS website.*

Pub. MM5390 Rev. / Trans R1144CP/CR5390/12-29-06/mlv rrc



## Reclamaciones

### DIFERENCIANDO AJUSTES EN MASA DE OTROS TIPOS DE AJUSTES Y RECLAMACIONES PARA PROPÓSITOS DE “CROSSOVER” Y PARA REVISAR LAS CARTAS DE NOTIFICACIÓN ESPECIAL A PROVEEDORES DEL REPORTE DETALLADO DE ERRORES

#### 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 [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 servicios profesionales suministrados a los beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5472, que implementa los cambios a los sistemas computadorizados de los contratistas de Medicare para que sus transmisiones de reclamaciones al Contratista de Coordinación de Beneficios (COBC por sus siglas en inglés) para ajustes en masa y otros tipos de ajustes se puedan diferenciar de otros tipos de reclamaciones que se le transfieren (“crossover”).

Esto se logrará a través de modificaciones a los “flat files” de la COB 837 y a los archivos de reclamaciones del *National Council for Prescription Drug Programs* (NCPDP) de la Parte B de Medicare, todos los cuales se transmiten al COBC diariamente.

Mediante el CR5472, los sistemas computadorizados de los contratistas de Medicare se modificarán para que la información del Reporte Detallado de Error de COBC, que se imprime en

## Claims

### DIFFERENTIATING MASS ADJUSTMENTS FROM OTHER TYPES OF ADJUSTMENTS AND CLAIMS FOR CROSSOVER PURPOSES AND REVISING THE DETAILED ERROR REPORT SPECIAL PROVIDER NOTIFICATION LETTERS

#### 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) 5472 which implements changes to Medicare contractor systems so that their claim transmissions to the Coordination of Benefits Contractor (COBC) for mass adjustments and other kinds of adjustments may be differentiated from all other types of claims sent for crossover.*

#### What You Need to Know

*This will be accomplished through modifications to the 837 COB flat files and National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) Part B drug claim files, all of which are transmitted to the COBC on a daily basis.*

*Through CR5472, Medicare contractors' systems will be modified so that the COBC Detailed Error Report information that is printed on the outgoing special provider*

Cont. on next page

## Reclamaciones

las cartas/reportes de notificación especial que usted recibe cuando las reclamaciones no serán transferidas debido a errores en la data, serán modificados para incluir también el código de error/código de rechazo del socio de negocio (“trading partner”) y la descripción que le acompaña. Estos cambios a las cartas especiales al proveedor deberán ayudar a su servicio de facturación a determinar la causa por la cual Medicare no pudo llevar a cabo la transferencia con las reclamaciones previamente seleccionadas para dicho proceso.

Sin estos cambios, CMS no sería capaz de aislar las reclamaciones destinadas a ajustes en masa como parte del proceso nacional de transferencia de COBA. Este cambio corrige un problema que CMS enfrentó, como parte de la implementación del *Deficit Reduction Act*. Además, los proveedores continuarían sin saber las razones específicas por las que las reclamaciones de sus pacientes no fueron transferidas.

Refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para más detalles con respecto a estos cambios.

### Trasfondo

Todos los contratistas de Medicare hoy en día envían reclamaciones ya procesadas, para las cuales los sistemas Medicare muestran que el beneficiario tiene otro seguro, al COBC para que lleve a cabo la transferencia bajo el programa *National Coordination of Benefits Agreement* (COBA).

MS requiere un método mediante el cual su Contratista de Coordinación de Beneficios (COBC) pueda diferenciar entre las varias categorías de ajustes a reclamaciones de transferencia, incluyendo:

- Ajustes en masa – Tarifa Fija de Médicos Medicare
- Ajustes en masa – otro, y
- Todos los demás ajustes.

El tener la habilidad de diferenciar entre las varias categorías de ajustes de reclamaciones de transferencia le permitirá un mejor manejo a CMS

## Claims

*notification letters/report that you receive when claims will not be crossed over due to claim data errors will be modified to also include the error/trading partner rejection code and accompanying description. These changes to the special provider letters should enable your billing service to determine why claims that were previously selected by Medicare for crossover were not actually crossed over.*

*Without these changes, CMS would be unable to isolate mass adjustment claims as part of the national COBA crossover process. This change corrects a problem that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) encountered as part of its implementation of the Deficit Reduction Act (DRA). Also, providers would continue to be unaware of the specific reasons as to why their patients' claims were not crossed over.*

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

### Background

*All Medicare contractors currently send processed claims, for which Medicare systems show the beneficiary has other insurance to the COBC for crossover under the national Coordination of Benefits Agreement (COBA) program.*

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) requires a method whereby its Coordination of Benefits Contractor (COBC) can differentiate among the various categories of adjustment crossover claims including:*

- *Mass adjustments - Medicare physician fee schedule (MPFS),*
- *Mass adjustments - other, and*
- *All other adjustments.*

*Having the ability to differentiate among the various categories of adjustment crossover claims will enable CMS (and the COBC) to*

Cont. on next page

## Reclamaciones

(y al COBC) de las diferentes clases de contingencias que surgen al pasar legislación, tal como el *Deficit Reduction Act*, que ordena cambios a Medicare que pueden afectar reclamaciones ya procesadas.

El CR5472 ha impartido instrucciones para que el proceso del Reporte Detallado de Error COBC se modifique y así asegurar que las cartas especiales a proveedores generadas por el contratista, que son creadas y enviadas de acuerdo con el CR3709, contengan el código de rechazo de “**Claredi**” específico para la reclamación, junto con su descripción. (Para más información sobre el CR3709, favor ver el artículo MLN Matters que se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mlnMattersArticles/downloads/MM3709.pdf>.)

Puede que los proveedores quieran ponerse en contacto con su agente/suplidor de facturación para obtener un mejor entendimiento de estos códigos de error y sus descripciones acompañantes, que, a su vez, explican porqué las reclamaciones de sus pacientes no fueron transferidas exitosamente. Además, los proveedores deben notificar a su agente/suplidor de facturación cuando reciban las cartas o los reportes especiales para proveedores que indican porqué las reclamaciones de sus pacientes no fueron transferidas.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5472) enviada a su Contratista de la Parte B, FI, RHHI, A/B MAC, DMERC o DME MAC sobre este cambio está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1189CP.pdf>. Como un anejo al CR5472, usted encontrará el nuevo capítulo del *Medicare Claims Processing Manual* que explica en detalle el nuevo proceso especial de ajuste en masa para COB. Además, usted también encontrará los capítulos revisados de otras partes de ese manual, que también tratan el tema del proceso de Coordinación de Beneficios (COB).

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

## Claims

*better address the kinds of contingencies that arise with the passage of legislation such as the Deficit Reduction Act, which mandate changes for Medicare that can affect claims already processed.*

*CR5472 instructs that the COBC Detailed Error Report process be modified to ensure that the contractor-generated special provider letters which are created and sent in accordance with CR 3709 contain the specific **Claredi** rejection code returned for the claim along with its description. (See the MNL Matters article at <http://www.cms.hhs.gov/mlnMattersArticles/downloads/MM3709.pdf> for information on CR3709.)*

*Providers may wish to contact their billing agent/vendor to obtain a better understanding of these error codes and accompanying descriptions, which, in turn, explains why their patients' claims were not crossed over successfully. In addition, providers should notify their billing agent/vendor when they receive special provider letters or reports stating why their patients' claims were not crossed over.*

### Additional Information

*The official instruction, CR5472, issued to your carrier, FI, RHHI, A/B MAC, DMERC, or DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1179CP.pdf> on the CMS website. Attached to CR5472, you will find the new chapter of the Medicare Claims Processing Manual explaining in detail the new special mass adjustment process for COB. In addition, you will also find revised chapters for other portions of that manual, which discuss the COB process.*

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

Pub. MM5472/ Trans R1189CP / CR5472 / 02-28-07/ mlv rrc

## Reclamaciones

### ACTUALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE CMS ENCAMINADAS A REVERTIR SOBREPAGOS INVÁLIDOS GENERADOS POR EL SISTEMA “MANAGED CARE INFORMATIONAL UNSOLICITED RESPONSES (MCIURS) (MCIURS INVÁLIDOS DEL ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO [CWF])

#### Proveedores Afectados

Médicos, suplidores, y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (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], y/o Contratistas Administrativos Medicare DME [DME/MACs por sus siglas en inglés]).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo provee información con respecto a las acciones de recuperación de sobrepagos que pudiese tomar su contratista de Medicare y las circunstancias que han causado estas acciones de recuperación. Estimamos que entre 150,000 - 300,000 reclamaciones pueden estar afectadas por estas acciones. Si, debido a las condiciones indicadas más adelante, ocurre una acción de recuperación de sus reclamaciones, su Contratista de Medicare está en el proceso de corregir el pago. **Usted no tiene que tomar ninguna acción en este momento.** Debido a que estas acciones afectarán a los contratistas de Medicare en diferentes niveles, usted debe mantenerse al tanto de los detalles adicionales mediante la información disponible en el sitio Web de su contratista Medicare.

#### Trasfondo

En el artículo MLN Matters SE0681 (disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0681.pdf>), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) notificaron a los proveedores respecto a ciertos asuntos del sistema de elegibilidad relacionados con los beneficiarios

## Claims

### UPDATE ON CMS ACTIONS TO REVERSE INVALID OVERPAYMENTS GENERATED BY MANAGED CARE INFORMATIONAL UNSOLICITED RESPONSES (MCIURS) - (INVALID MCIURS FROM THE COMMON WORKING FILE (CWF))

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This article provides information regarding overpayment recovery actions that may be taken by your Medicare contractor and the circumstances that have caused these recovery actions. We estimate that between 150,000 – 300,000 claims may be affected by these actions. If, due to the conditions stated below, an overpayment recovery action has occurred for your claims, your Medicare contractor is in the process of correcting the payment. **You need not take any action at this time.** Because these actions will affect Medicare contractors in varying degrees, you should stay tuned to your Medicare contractor’s web site for additional details.*

#### Background

*In MLN Matters article SE0681 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0681.pdf>), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) advised providers of certain eligibility system issues related to managed care Medicare beneficiaries. In brief, article SE0681 alerted*

Cont. on next page

## Reclamaciones

de Medicare bajo Cuidado Manejado (*Managed Care*). En resumen, el artículo SEO681 alertó a los proveedores que, en algunas instancias, Medicare podría estar recuperando ciertos sobrepagos debido a actualizaciones del sistema de elegibilidad del beneficiario. Cuando se identifican dichos sobrepagos, los sistemas de Medicare generan un informe conocido como “*Managed Care Informational Unsolicited Response*” o “MCIUR” (por sus siglas en inglés) el cual ocasiona la recuperación del sobrepago.

Durante la semana del 17 de diciembre de 2006, los sistemas de Medicare se actualizaron con alguna data de suscripción incorrecta sobre los beneficiarios de Cuidado Manejado, lo cual, a su vez, causó que los sistemas crearan algunos MCIURs incorrectos. Los archivos de Medicare ya fueron corregidos y CMS está trabajando diligentemente con los contratistas de Medicare para dar fin a las recuperaciones incorrectas de sobrepago. Además, donde ya ha ocurrido la acción de recuperación de sobrepagos, CMS ha dado instrucciones a su contratista para que revierta dicha acción y le envíe a usted el pago nuevamente.

### Puntos Clave

- El CR5507 establece que la acción de recuperación debe terminar si ha sido iniciada; y que debe revertirse si los “MCIURs” ya han llevado a cabo una recuperación.
- Los médicos y otros proveedores que facturan a los contratistas Medicare no necesitan tomar acción alguna, ya que los contratistas harán los ajustes necesarios automáticamente, según se implemente el CR5507.
- Su contratista publicará más información detallada en su sitio Web cuando se implemente el CR5507.

### Información Adicional

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921. Para detalles completos sobre este tema, refiérase a la instrucción oficial (CR5507) publicada por su Contratista de la Parte B de Medicare, FI, A/B MAC, DME MAC, y/o DMERC. Dicha instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R262OTN.pdf>.

## Claims

*providers that, in some instances, Medicare may be recovering certain overpayments due to system updates on beneficiary eligibility. When such overpayments are identified, Medicare systems generate a managed care informational unsolicited response (MCIUR), which triggers the overpayment recovery.*

*During the week of December 17, 2006, Medicare systems were updated with some incorrect Managed Care enrollment data, which, in turn, caused the systems to create some incorrect MCIURs. Medicare files have now been corrected and CMS is working diligently with Medicare contractors to stop the invalid overpayment recoveries from occurring. In addition, where action to recover the overpayments has already occurred, CMS has instructed your contractor to reverse the action and reissue payment to you.*

### Key Points

- *CR5507 states that recovery action should stop if it has been initiated and reversed if MCIURs have already effected a recovery.*
- *Physicians and other providers who bill Medicare contractors need not take any action since contractors will automatically make the necessary adjustments as CR5507 is implemented.*
- *Your contractor will post more detailed information on their web site as CR5507 is implemented.*

### Additional Information

*If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921. For complete details regarding this issue, please see the official instruction (CR5507) issued to your Medicare carrier, FI, A/B MAC, DME MAC, and/or DMERC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R262OTN.pdf> on the CMS web site.*

Pub. MM5507/ Trans R262OTN / CR5507 / 01-26-07 / mlv rrc

## Reclamaciones

### ESTÁNDARES DE PROCESAMIENTO PUNTUAL DE RECLAMACIONES “OTHER-THAN-CLEAN”

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B, y a Contratistas Administrativos (MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Proveedores Afectados

Este artículo tiene propósitos meramente informativos, y el mismo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5355, que provee los requisitos para todos los Contratistas y MACs para la puntualidad en el procesamiento de reclamaciones “other-than-clean”.

#### Trasfondo

La Ley de Seguro Social (Sección 1869(a)(2); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1869.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1869.htm)) ordena que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) procesen todas las reclamaciones denominadas “other-than-clean” y que notifiquen al individuo que somete tales reclamaciones sobre la determinación dentro de los 45 días del recibo de estas reclamaciones.

Aquellas reclamaciones que no cumplan con la definición de “limpia” serán clasificadas reclamaciones “other-than-clean”, y dichas reclamaciones requieren investigación o desarrollo externo a la operación del Contratista de Medicare a base de pre-pago.

El término “**reclamaciones limpias**” se refiere a reclamaciones que no contienen un defecto que requiera que el Contratista de Medicare investigue o lleve a cabo un desarrollo antes de la adjudicación. Las “reclamaciones limpias” deben someterse durante el periodo establecido (vea La Ley de Seguro Social, 1842(c)(2)(B); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1842.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1842.htm)).

El término “**Other-Than-Clean Claim**” se refiere a reclamaciones que no cumplen con la definición de “reclamación limpia” indicada arriba. Estas son

## Claims

### TIMELINESS STANDARDS FOR PROCESSING OTHER-THAN-CLEAN CLAIMS

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This article is intended as informational only and is based on Change Request (CR) 5355, which provides requirements for all carriers and MACs for timeliness for processing “other-than-clean” claims.*

#### Background

*The Social Security Act (Section 1869(a)(2); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1869.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1869.htm)) mandates that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) process all “other-than-clean” claims and notify the individual filing such claims of the determination within 45 days of receiving such claims.*

*Claims that do not meet the definition of “clean” claims are classified as “other-than-clean” claims, and “other-than-clean” claims require investigation or development external to the contractor’s Medicare operation on a prepayment basis.*

*“**Clean claim**” means a claim that does not contain a defect requiring the Medicare contractor to investigate or develop prior to adjudication. Clean claims must be filed within the timely filing period (see the Social Security Act 1842(c)(2)(B); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1842.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1842.htm)).*

*“**Other Than Clean Claims**” Any claim that does not meet the definition of clean claim*

Cont. on next page

## Reclamaciones

reclamaciones completas que requieren intervención manual de parte del Contratista para que se adjudiquen.

El CR5355 provee instrucciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B/MACs) para que procesen las reclamaciones “other-than-clean” y que notifiquen al proveedor y al beneficiario sobre la determinación dentro de los 45 días a partir de la fecha de recibo. Vea el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-4, Capítulo 1, Sección 80.2.1; <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf>) para la definición de “fecha de recibo” y los estándares de puntualidad para reclamaciones limpias.

Sin embargo, cuando un Contratista de Medicare desarrolla la reclamación al solicitar información adicional del proveedor/suplidor o del beneficiario, el Contratista:

- Dejará de contar los 45 días calendario el día que el Contratista envía la carta de desarrollo solicitando información adicional, y
- Reanudará el conteo de los 45 días calendario al momento de recibir los materiales solicitados al proveedor/suplidor y/o al beneficiario en la carta de desarrollo.

### EJEMPLO

El Contratista de Medicare recibe una reclamación el 1 de junio, pero no envía la carta de desarrollo al proveedor/suplidor y/o al beneficiario hasta el día 5 de junio. En este caso, 5 de los 45 días calendario permitidos ya habrán transcurrido antes de que el contratista solicite la información adicional.

Al recibir la información de parte del proveedor/suplidor y/o de parte del beneficiario, el Contratista de Medicare tendrá un remanente de 40 días para:

- Procesar la reclamación, y
- Notificar al individuo que sometió la reclamación sobre la determinación de pago para dicha reclamación.

El CR5355 provee las instrucciones que deben seguir los Contratistas de Medicare con respecto a ambos casos:

## Claims

*above. These are complete claims that require manual intervention on the part of the contractor to be adjudicated.*

*CR 5355 instructs the Medicare contractor (carrier/MAC) to process all “other-than-clean” claims and notify the provider and beneficiary of the determination within 45 calendar days of receipt. See Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-4, Chapter 1, Section 80.2.1; <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf>) for the definition of “receipt date” and for timeliness standards for clean claims.*

*However, when the Medicare contractor develops the claim by asking the provider/supplier or beneficiary for additional information, the contractor will:*

- *Cease counting the 45 calendar days on the day that the contractor sends the development letter requesting the additional information, and*
- *Resume counting the 45 calendar days upon receiving the materials requested in the development letter from the provider/supplier and/or beneficiary.*

### EXAMPLE

*The Medicare contractor receives a claim on June 1st, but does not send a development letter to the provider/supplier/and/or beneficiary until June 5th. In this situation, 5 of the 45 allotted calendar days will have already passed before the contractor requested the additional information.*

*Upon receiving the information back from the provider/supplier and/or beneficiary, the Medicare contractor has 40 calendar days left to:*

- *Process the claim, and*
- *Notify the individual that filed the claim of the payment determination for that claim.*

*CR 5355 instructs Medicare contractors to follow existing procedures relative to both:*

Cont. on next page

## Reclamaciones

- La cantidad de tiempo que se le permite al proveedor/suplidor y/o el beneficiario para devolver la información solicitada en las cartas de desarrollo, y
- Situaciones donde el proveedor/suplidor y/o el beneficiario no responden.

Para fechas de recibo a partir del 1 de julio de 2007, los Contratistas de Medicare tienen instrucciones de procesar todas las reclamaciones “other-than-clean” y de notificarle al beneficiario y al proveedor que someten la reclamación dentro de los 45 días siguientes al recibo de la misma, excepto en casos cuando el Contratista solicita información adicional de parte del proveedor/suplidor o del beneficiario, o de otro Contratista (por ejemplo: Contratista de Coordinación de Beneficios, u otro contratista que procesa reclamaciones).

Las instrucciones contenidas en el CR5355 no aplican a los siguientes tipos de reclamaciones:

- Reclamaciones en las que la Administración del Seguro Social bloquea el número HIC del beneficiario.
- Reclamaciones que requieren que el contratista retenga, por instrucciones de CMS.
- Reclamaciones rechazadas por el proceso del traductor de formatos electrónicos,
- Reclamaciones que el Contratista de Medicare no puede procesar debido a situaciones técnicas con el récord del beneficiario de Medicare o asuntos relacionados a la identificación del beneficiario, y
- Reclamaciones en desarrollo debido a requisitos de procesamiento (ejemplo: revisión médica), establecidos en la Pub. 100-8 del *Medicare Program Integrity Manual* (<http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>).

### Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B/MAC 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/R1173CP.pdf>.

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

## Claims

- *The length of time the provider/supplier and/or beneficiary is afforded to return information requested in the development letters, and*
- *Situations where the provider/supplier and or beneficiary does not respond.*

*For dates of receipt on and after July 1, 2007, Medicare contractors are instructed to process all “other-than-clean” claims and notify the beneficiary and the provider filing the claim within 45 calendar days of receipt, except when the contractor requests additional information from the provider/supplier or beneficiary, or to another contractor (e.g., the Coordination of Benefits Contractor, another claims processing contractor)*

*Instructions in CR 5355 do not apply to the following types of claims:*

- *Claims where the Social Security Administration blocks a beneficiary’s Health Insurance Claim Number (HIC),*
- *Claims the contractors are required to hold due to CMS instructions,*
- *Claims rejected by the translator process,*
- *Claims where the Medicare contractor is unable to process due to technical issues with Medicare’s beneficiary record or beneficiary identification issues, and*
- *Claims in development due to processing requirements (e.g., medical review), in Publication 100-8, the Medicare Program Integrity Manual (<http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>).*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1173CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5355/ Trans R1173CP / CR5355 / 02-02-07 / mlv rrc



## Reclamaciones

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

#### Tipos de Proveedores Afectados

Todos los médicos y suplidores que someten reclamaciones por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare, a Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se deriva del CR 5441, que anuncia el requisito que (*vigente para reclamaciones procesadas e Julio 1 de 2007 o después*) los sistemas computadorizados estándar de la Parte B y los sistemas computadorizados de procesamiento de reclamaciones de los contratistas de la Parte B capturen y procesen hasta ocho códigos de diagnóstico en todas sus reclamaciones (tanto en papel o electrónicas). Usted debe asegurarse que su personal de facturación esté al tanto de estos cambios que permiten los ocho códigos de diagnóstico en las reclamaciones de Medicare vigente el 1 de julio de 2007.

#### Trasfondo

Mientras el ANSI 837P 4010A permite que se reporte hasta un máximo de ocho códigos de diagnóstico por cada reclamación, los sistemas computadorizados estándar de la Parte B de Medicare y los sistemas de procesamiento de reclamaciones de los contratistas de la Parte B históricamente han utilizado solamente los primeros cuatro códigos de diagnóstico en la reclamación al procesar las reclamaciones de formato HIPAA. Los contratistas de la Parte B han utilizado un proceso manual para considerar los códigos de diagnóstico restantes en las determinaciones de pago de Medicare. El propósito del CR5441 es finalizar el requisito

## Claims

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

#### Provider Types Affected

*All physicians and suppliers who submit claims for services provided to Medicare beneficiaries to carriers or A/B Medicare Administrative Contractors (MACs).*

#### Provider Action Needed

*This article is derived from CR 5441, which announces the requirement that (effective for claims processed July 1, 2007 and later) the Part B standard systems and the carrier claims processing systems capture and process up to eight diagnosis codes on all of your claims (both paper and electronic). You should make sure that your billing staffs are aware of these changes that allow all eight diagnosis codes on Medicare claims effective, July 1, 2007.*

#### Background

*While the ANSI 837P 4010A allows a maximum of eight diagnosis codes to be reported for each claim, the Medicare Part B standard systems and the carrier claims processing systems have historically used only the first four diagnosis codes reported on the claim when processing the HIPAA format claims. Carriers have used a manual process to consider the remaining diagnosis codes in the Medicare payment determinations. The purpose of CR5441 is to finalize the*

Cont. on next page

## Reclamaciones

de que el sistema computadorizado estándar de la Parte B y los sistemas de procesamiento computadorizados de reclamaciones del contratista de la Parte B se modifiquen para procesar sus reclamaciones en papel o electrónicas utilizando todos los códigos de diagnóstico que usted reporta en su reclamación (hasta ocho).

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5441), enviada a su Contratista o A/B, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1157CP.pdf>.

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

## Claims

*requirement that the Part B standard system and the carrier claims processing systems be modified to process your paper and electronic claims using all diagnosis codes that you report on the claim (up to eight).*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR5441, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1157CP.pdf> on the CMS website.*

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

MM5441/ Trans R1157CP / CR5441 / 01-19-07 / mlv rrc

## Equipo Médico Duradero (DMEPOS)

### INSTRUCCIONES PARA NOTIFICAR AL PROVEEDOR SOBRE EL PROGRAMA DE LICITACIÓN COMPETITIVA DE MEDICARE PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICOS ORTÓTICOS, Y SUMINISTROS (DMEPOS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

La Reglamentación Final del Programa de Licitación Competitiva de Medicare para Equipo Médico Duradero, Protéticos, Ortóticos, y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés) está publicada en el Federal Register en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcqforDMEPOS/Downloads/CMS-1270-F.pdf> CMS también anunció las primeras 10 áreas metropolitanas en las que ocurrirá la competencia, como también los primeros artículos a ser licitados competitivamente. Visite el sitio Web de CMS en el enlace <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcqforDMEPOS/> donde podrá ver la reglamentación y para obtener información adicional.

## Durable Medical Equipment (DMEPOS)

### INSTRUCTIONS FOR PROVIDER NOTIFICATION REGARDING MEDICARE DURABLE MEDICAL EQUIPMENT PROSTHETICS, ORTHOTICS AND SUPPLIES (DMEPOS), COMPETITIVE BIDDING PROGRAM

*The Medicare Durable Medical Equipment Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program Final Regulation is now published at the Federal Register at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcqforDMEPOS/Downloads/CMS-1270-F.pdf> . CMS has also announced the first 10 metropolitan areas in which competition will occur, as well as the first items to be competitively bid. Visit the CMS website at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcqforDMEPOS/> to view the rule and for additional information.*

JSM/TDL-07364

## Aviso de Remesa

### ACTUALIZACIÓN AL RARC (REMITTANCE ADVICE REMARK CODE) Y AL CARC (CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE)

#### 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] por concepto de sus servicios.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR5456, del cual se extrae este artículo, anuncia la más reciente actualización de los Códigos de Comentario en la Remesa de Pago (RA, por sus siglas en inglés) de la X12N 835, y los códigos de Razón de Ajuste en Reclamación de la X12N 835 y 837, vigente el 2 de abril de 2007. Asegúrese que el personal de facturación de su oficina se encuentra debidamente informado con respecto a estos cambios.

#### Trasfondo

Dos grupos de códigos – códigos de razón y códigos de comentario - deben utilizarse para reportar los ajustes de pago en las transacciones de la Remesa de Pago. Los códigos de razón también se utilizan en algunas transacciones de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés). La lista de los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago (RARC, por sus siglas en inglés) la mantiene los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), y la utilizan todos los pagadores; las adiciones, desactivaciones y modificaciones a la misma se pueden iniciar tanto por Medicare como por entidades no relacionadas a Medicare. La

## Remittance Advice

### REMITTANCE ADVICE REMARK CODE (RARC) AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE (CARC) 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 5456, 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 April 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 (COB) transactions. The RARC 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 is maintained by a national Code Maintenance committee that meets*

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

lista de Códigos de Razón de Ajuste de la Reclamación del Cuidado de Salud (CARC, por sus siglas en inglés) la mantiene un Comité Nacional de Mantenimiento de Códigos que se reúne cuando el comité X12 se reúne para sus reuniones trimestrales con el fin de tomar decisiones acerca de adiciones, modificaciones, y el retiro de códigos de razón.

Ambas listas de códigos se actualizan tres veces al año, y se publican en el siguiente sitio Web: <http://wpc-edi.com/codes>. **Las listas al final de este artículo resumen los cambios más recientes realizados a estas listas, tal como se anuncia en el CR 5456, con vigencia el 1 de abril de 2007.**

CMS también ha desarrollado una nueva herramienta para ayudar en la búsqueda de una categoría específica de códigos. Esa herramienta se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.cmsremarkcodes.info>. Observe que este sitio Web no sustituye el sitio WPC; en caso de existir alguna discrepancia entre la información publicada en este sitio y en el sitio WPC, considere la información publicada en el sitio WPC como la correcta.

### Información Adicional

Usted puede ver la instrucción oficial enviada a su FI/Contratista de la Parte B/DMERC/RHHI referente a las más recientes actualizaciones al RARC y a los códigos de ajuste de reclamación, en el CR5456. Este CR se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1163CP.pdf>.

Si desea información adicional sobre la Remesa de Pago (RA, por sus siglas en inglés), puede hacer referencia al documento titulado “*Understanding the Remittance Advice (RA): A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers and Billers*”, el 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).

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

## Remittance Advice

*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 5456, effective on and after April 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 RARC and claim adjustment reason code updates by going to CR 5456, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1163CP.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.*

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

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

## Cambios en Códigos de Comentario de la Remesa de Pago X12N 835 X12N 835 Remittance Advice Remark Code Changes

NUEVOS CÓDIGOS / NEW CODES		
Code	Current Narrative	Medicare Initiated
N373	It has been determined that another payer paid the services as primary when they were not the primary payer. Therefore, we are refunding to the payer that paid as primary on your behalf. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No
N374	Primary Medicare Part A insurance has been exhausted and a Part B Remittance Advice is required. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No
N375	Missing/incomplete/invalid questionnaire/information required to determine dependent eligibility. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No
N376	Subscriber/patient is assigned to active military duty, therefore primary coverage may be TRICARE. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No
N377	Payment adjusted based on a processed replacement claim. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No
N378	Missing/incomplete/invalid prescription quantity. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No
N379	Claim level information does not match line level information. <b>Note: (New Code 12/1/06)</b>	No

## X12N 835 Remittance Advice Remark Code Changes

CÓDIGOS MODIFICADOS / MODIFIED CODES		
Code	Current Narrative	Modification Date
M143	The provider must update license information with the payer. <b>Note: (Modified 12/1/06)</b>	12/1/2006
N181	Additional information is required from another provider involved in this service. <b>Note: (New Code 2/28/03. Modified 12/1/06)</b>	12/1/2006
N361	Payment adjusted based on multiple diagnostic imaging procedure rules. <b>Note: (New Code 11/18/05. Modified 12/1/06)</b>	12/1/2006
<b>There are NO deactivated codes</b>		

**NOTA II:** Algunos códigos de comentario pueden proveer información que no necesariamente suplemente la explicación suministrada a través de un código de razón y, en algunos casos, otro(s) código(s) de comentario para un ajuste. Los

**NOTE II:** Some remark codes may provide information that may not necessarily supplement the explanation provided through a reason code and in some cases another/other remark code(s)

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

códigos informativos recién creados tendrán una “Alerta” en el texto para identificarlos como códigos informativos, en lugar de códigos explicativos. Un ejemplo de un código informativo es:

**Alerta N369:** Aunque esta reclamación se procesó, es deficiente de acuerdo a la legislación/reglamentación del estado. La información arriba indicada se envía por reglamentación del estado, pero no explica ningún ajuste. Estos códigos informativos deberán usarse solamente es necesario comunicar información específica, pero no como códigos automáticos.

## Remittance Advice

for an adjustment. Newly created informational codes will have “Alert” in the text to identify them as informational rather than explanatory codes. An example of an informational code:

**N369 Alert:** Although this claim has been processed, it is deficient according to state legislation/regulation. The above information is sent per state regulation, but does not explain any adjustment. These informational codes should be used only if specific information needs to be communicated but not as default codes.

### Códigos de Razón de Ajuste de Reclamación de Cuidado de Salud X12 N 835 X12 N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Codes

NUEVOS CÓDIGOS / NEW CODES		
Code	Current Narrative	Notes
197	Payment denied/reduced for absence of precertification/authorization <b>Note: New as of 10/06</b>	New as of 10/06
198	Payment denied/reduced for exceeded, precertification/authorization <b>Note: New as of 10/06</b>	New as of 10/06
199	Revenue code and Procedure code do not match. <b>Note: New as of 10/06</b>	New as of 10/06
200	Expenses incurred during lapse in coverage <b>Note: New as of 10/06</b>	New as of 10/06
201	Workers Compensation case settled. Patient is responsible for amount of this claim/service through WC “Medicare set aside arrangement” or other agreement. (Use group code PR). <b>Note: New as of 10/06</b>	New as of 10/06
CÓDIGOS MODIFICADOS / MODIFIED CODES		
Code	Current Narrative	Notes
42	Charges exceed our fee schedule or maximum allowable amount. <b>Note: Changed as of 10/06. This code will be deactivated on 6/1/2007.</b>	Modified as of 10/06 Effective 6/1/2007
45	Charges exceed your contracted/ legislated fee arrangement. This change to be effective 6/1/07: Charge exceeds fee schedule/maximum allowable or contracted/legislated fee arrangement. (Use Group Codes PR or CO depending upon liability). <b>Note: Changed as of 10/06</b>	Modified as of 10/06 Effective 6/1/2007 <b>Note: This code replaces code 42 (above) on June 1, 2007.</b>
62	Payment denied/reduced for absence of, or exceeded, pre-certification/authorization. <b>Note: Changed as of 2/01 and 10/06. This code will be deactivated on 4/1/2007.</b>	Modified as of 10/06

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

CÓDIGOS MODIFICADOS / MODIFIED CODES		
Code	Current Narrative	Notes
97	Payment adjusted because the benefit for this service is included in the payment/allowance for another service/procedure that has already been adjudicated. <b>Note: Changed as of 2/99 and 10/06.</b>	Modified as of 10/06
107	Claim/service adjusted because the related or qualifying claim/service was not identified on this claim. <b>Note: Changed as of 6/03 and 10/06.</b>	Modified as of 10/06
136	Claim adjusted based on failure to follow prior payer's coverage rules. (Use Group Code OA). <b>Note: Changed as of 6/00 and 10/06.</b>	Modified as of 10/06
196	Claim/service denied based on prior payer's coverage determination. <b>Note: New as of 6/06. Changed 10/06. This code will be deactivated on 2/1/2007, beginning on that date, value 136 will be used.</b>	Modified as of 10/06
A1	Claim/Service denied. At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code). <b>Note: Changed as of 10/06</b>	Modified as of 10/06
B15	Payment adjusted because this service/procedure requires that a qualifying service/procedure be received and covered. The qualifying other service/procedure has not been received/adjudicated. <b>Note: Changed as of 2/01 and 10/06.</b>	Modified as of 10/06
D17	Claim/Service has invalid non-covered days. <b>Note: This code will be deactivated on 2/1/2007 and code 16 will then be used with appropriate claim payment remark code [M32, M33].</b>	Modified as of 10/06
D18	Claim/Service has missing diagnosis information. <b>Note: This code will be deactivated on 2/1/2007 and then code 16 will be used with appropriate claim payment remark code [MA63, MA65].</b>	Modified as of 10/06
D19	Claim/Service lacks Physician/Operative or other supporting documentation <b>Note: This code will be deactivated on 2/1/2007 and code 16 will be used with appropriate claim payment remark code [M29, M30, M35, M66].</b>	Modified as of 10/06
D20	Claim/Service missing service/product information. <b>Note: This code will be deactivated on 2/1/2007 and code 16 will be used with appropriate claim payment remark code [M20, M67, M19, MA67].</b>	Modified as of 10/06
D21	This (these) diagnosis(es) is (are) missing or are invalid <b>Note: New as of 6/05. This code will be deactivated on 2/1/2007.</b>	Modified as of 10/06

## Medicare Pagador Secundario (MSP)

### INSTRUCCIONES PARA LA COORDINACIÓN DE RECLAMACIONES DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO (MSP) PARA EL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP)

**Nota Importante:** Vea el artículo de edición especial SE0703, que contiene información importante respecto al modificador M2 (Pagador Secundario de Medicare) que tiene que usarse en ciertas circunstancias. La información contenida en el SE0703 anula la información en este artículo en lo que se refiere al uso del modificador M2, en vez del modificador J3, en aquellas circunstancias, vigente el 1 de enero de 2007. El SE0702 se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0703.pdf>.

#### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos que facturan 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) por concepto de medicamentos pagados bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP, por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

Este artículo y la Petición de Cambio 5332 (CR, por sus siglas en inglés) relacionada, proveen detalles adicionales, información e instrucciones para el procesamiento de reclamaciones CAP de Medicare Como Pagador Secundario (MSP, por sus siglas en inglés) y para situaciones cuando el estatus MSP del beneficiario ha sido incorrectamente determinado. La Sección 303(d) del *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (MMA) del 2003 estableció la Sección 1847B del Acta de Seguro Social requiriendo la implementación de un programa de adquisición competitiva (CAP) para medicamentos y biológicos de la Parte B de Medicare que no se pagan a base de un sistema de costo o de un

## Medicare Secondary Payer (MSP)

### INSTRUCTIONS FOR THE COORDINATION OF MEDICARE SECONDARY PAYER (MSP) CLAIMS FOR THE COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP)

**Important Note:** See special edition article SE0703, which contains important information regarding the M2 (Medicare Secondary Payer) modifier that must be used in certain circumstances. The information in SE0703 overrides the information in this article relating to the use of the M2 modifier, instead of J3, in those circumstances, effective January 1, 2007. SE0703 is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0703.pdf> on the CMS site.

#### Provider Types Affected

Physicians who bill Medicare Carriers and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for drugs paid under the CAP program.

#### Background

This article and related change request (CR) 5332 provides additional details, information and instructions for CAP MSP claims and instances in which a beneficiary's MSP status is incorrectly determined. Section 303 (d) of the *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA) of 2003 established section 1847B of the *Social Security Act* requiring the implementation of a competitive acquisition program (CAP) for Medicare Part B drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment system basis. Beginning with drugs administered on or after July 1, 2006, physicians are given a choice between buying and billing these drugs for beneficiaries with Medicare as their primary

Cont. on next page



## Medicare Pagador Secundario (MSP)

sistema de pago prospectivo. Comenzando con medicamentos administrados en o después de julio 1 de 2006, los médicos tendrán la opción entre comprar y facturar estos medicamentos para los beneficiarios con Medicare como su asegurador primario bajo el sistema de precios de venta promedio (ASP por sus siglas en inglés) u obtener estos medicamentos de suplidores seleccionados a través de un proceso competitivo de licitación.

Los médicos participantes del CAP acuerdan obtener, para los beneficiarios Medicare que no tienen otro asegurador primario, todos los medicamentos incluidos en la categoría de medicamentos CAP del suplidor CAP. Sin embargo, los estatutos de Medicare permiten excepciones limitadas a este requisito.

Una excepción de este tipo incluye situaciones de MSP. La Sección 1862(b) establece disposiciones para Medicare como pagador secundario que se encuentran codificadas en el CFR 42 Parte 411. La Sección 1862(b)(6) instruye específicamente a los médicos y otros suplidores para que identifiquen, de la información obtenida del beneficiario, a los pagadores primarios a Medicare y que le facturen a dichos pagadores antes de facturar a Medicare.

Este CR instruye a los contratistas de la Parte B para que continúen permitiéndole a los médicos participantes del Programa CAP a obtener medicamentos administrados por médicos de entidades aprobadas por el plan primario y que le facturen al pagador primario fuera del suplidor CAP cuando los beneficiarios Medicare tienen otro seguro primario, aparte de Medicare.

**Nota:** El término “contratista de la Parte B” también se refiere a los Contratistas Administrativos A/B MACs cuando aquellas entidades reemplazan a contratistas de la Parte B como parte de la implementación de la reforma de contratación de Medicare.

### Puntos Clave

Cuando los medicamentos se obtienen a través del Programa CAP para beneficiarios con seguro primario al de Medicare:

## Medicare Secondary Payer (MSP)

*insurer under the average sales price (ASP) system or obtaining these drugs from vendors selected through a competitive bidding process.*

*Participating CAP physicians agree to obtain all drugs included in the CAP drug category for Medicare beneficiaries who do not have another primary insurer from the approved CAP vendor. However, Medicare statutes allow for limited exceptions to this requirement.*

*One such exception includes Medicare Secondary Payer (MSP) situations. Section 1862(b) establishes provisions for Medicare as a secondary payer that are codified in 42 CFR Part 411. Section 1862(b) (6) specifically instructs physicians and other suppliers to identify, from information obtained from the beneficiary, payers primary to Medicare and to bill such payers prior to billing Medicare.*

*This CR instructs carriers to continue allowing CAP physicians to obtain physician administered drugs from entities approved by the primary plan and bill the primary payer outside the CAP vendor when Medicare beneficiaries have other insurance primary to Medicare.*

**Note:** *the term “carrier” also refers to A/B MACs as those entities replace carriers as part of Medicare’s contracting reform implementation.*

### Key Points

*When drugs are obtained through the CAP for beneficiaries with insurance primary to Medicare:*

Cont. on next page

## Medicare Pagador Secundario (MSP)

- En una situación donde un proveedor CAP provee medicamentos cubiertos bajo el Programa CAP a un beneficiario de Medicare que tiene otra cubierta primaria a la de Medicare, el proveedor y el suplidor CAP primero deben facturar al asegurador primario que corresponda por el medicamento y la administración del mismo.
- En situaciones donde el proveedor CAP participante y el suplidor aprobado CAP determinan que Medicare era el pagador primario y ordenaron y administraron los medicamentos a través del Programa CAP, pero antes de que Medicare pagara la reclamación, supieron que otro pagador era primario a Medicare, el suplidor CAP aprobado y el médico participante CAP deberán facturar primero al pagador primario.
- En ambas situaciones mencionadas antes, los proveedores CAP deberán someter todas las reclamaciones MSP por servicios de administración de medicamentos (aún si entienden que no existe un balance vencido).
- Al recibo del pago del asegurador primario, entonces las reclamaciones MSP se deben someter por el médico al contratista local por concepto de la administración del servicio y por el suplidor CAP al contratista designado CAP por concepto del medicamento.
- Recuerde que su contratista de la Parte B de Medicare devolverá todas las reclamaciones MSP CAP de proveedores como “no procesables” si la reclamación no contiene un número de receta y un modificador CAP aplicable para “no pagar” con el siguiente mensaje: *RA Código de Comentario MA130 - Su reclamación contiene información incompleta o inválida, y no se otorgan derechos de apelación porque la reclamación no es procesable. Por favor someta una nueva reclamación con la información completa/correcta.*

## Medicare Secondary Payer (MSP)

- *Where a CAP provider renders drugs covered under the CAP to a Medicare beneficiary, who has other coverage primary to Medicare, the provider and the CAP vendor must first bill the appropriate primary insurer for the drug and the administration service.*
- *In situations where the participating CAP provider and the approved CAP vendor determined that Medicare was the primary payer and ordered and administered the drugs through the CAP, but before Medicare paid the claim, learned that another payer was primary to Medicare, the approved CAP vendor and the participating CAP physician should first bill the primary payer.*
- *In both of the preceding situations, CAP providers should submit all MSP claims for drug administration services (even if they believe no balance is due).*
- *Upon receipt of the primary insurer's payment, MSP claims should then be submitted by the physician to the local carrier for the administration service and by the CAP vendor to the CAP designated carrier for the drug.*
- *Remember that your Medicare carrier will return all CAP MSP claims from CAP providers as unprocessable if the claim does not contain a prescription number and an applicable CAP no pay modifier with the following message: RA Remark Code MA130 - Your claim contains incomplete or invalid information, and no appeals rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.*

Cont. on next page

## Medicare Pagador Secundario (MSP)

Cuando los medicamentos para beneficiarios con Medicare se obtienen fuera del CAP:

- Los proveedores CAP deben reportar el modificador CAP MSP en cada una de las líneas MSP de reclamaciones de medicamentos cuando el proveedor participante CAP obtuvo el medicamento CAP fuera del programa CAP porque el proveedor determinó que había una aseguradora primaria a Medicare, pero que cuando la reclamación se procesó, se determinó que Medicare era el asegurador primario.
- Los proveedores CAP deberán usar el modificador "J3" hasta que se cree un modificador MSP CAP específico.
- A los médicos participantes CAP se les requiere mantengan la documentación en el expediente médico del beneficiario para proveer más información respecto a por qué determinaron que Medicare era secundario a otro pagador. El contratista local puede solicitarle al médico que provea la información para sus propósitos de revisión.
- Recuerde que los Contratistas Locales denegarán reclamaciones cuando una reclamación primaria a Medicare se reciba y los expedientes de Medicare indican MSP, a no ser que se utilice el modificador CAP MSP.
- Si Medicare pagó como primario y el proveedor CAP tiene conocimiento más tarde que existe otro pagador primario a Medicare, el médico tiene la obligación de notificarle a Medicare poniéndose en contacto con el Contratista de Coordinación de Beneficios y proveyéndole la información MSP.

### Implementación

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

## Medicare Secondary Payer (MSP)

*When drugs are obtained outside of the CAP for beneficiaries with Medicare:*

- *CAP providers should report the CAP MSP modifier on each MSP claim drug line when the participating CAP provider obtained a CAP drug outside of the CAP program because the provider determined that another insurer was primary to Medicare but when the claim processed it was determined that Medicare was primary.*
- *CAP providers should use the "J3" modifier temporarily until a specific CAP MSP modifier is created.*
- *Participating CAP physicians are required to maintain documentation in the beneficiary's medical record to provide further information on why they determined that Medicare was secondary to another payer. The local carrier may request the physician provide this documentation for their review purposes.*
- *Be aware that local carriers will deny claims when a primary Medicare claim is received and MSP is indicated in Medicare's records unless the CAP MSP modifier is used.*
- *If Medicare paid as primary and the CAP provider later learns that there is another primary payer to Medicare, the physician is obligated to notify Medicare by contacting the Coordination of Benefits Contractor and provide them with the MSP information.*

### Implementation

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

Cont. on next page

## Medicare Pagador Secundario (MSP)

### Información Adicional

Si desea detalles completos, incluyendo las secciones revisadas de los Capítulos 3 y 5 del *Medicare Secondary Payer (MSP) Manual*, y las secciones revisadas del Capítulo 17 del *Medicare Claims Processing Manual*, refiérase a la instrucción oficial (CR5332), enviada a su Contratista de la Parte B o Contratista Administrativo A/B MAC sobre este cambio. Los mismos están disponibles en los siguientes enlaces en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R57MSP.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1088CP.pdf>.

Para información adicional sobre la implementación del Programa CAP, usted puede evaluar los siguientes artículos MLN Matters en el sitio Web de CMS:

- MM4404 (*MMA Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs Physician Election*): <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf>.
- MM4309 (*MMA - Additional Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs and Biologicals*): <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf>.
- MM5079 (*Competitive Acquisition Program (CAP) - Creation of Automated Tables for Provider Information, Expansion of CAP Fee Schedule File Layout, and Additional Instructions for Claims Received from Railroad Retirement Board Beneficiaries*): <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf>.

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

## Medicare Secondary Payer (MSP)

### Additional Information

For complete details including the revised sections of Chapters 3 and 5 of the *Medicare Secondary Payer (MSP) Manual* and the revised sections of Chapter 17 of the *Medicare Claims Processing Manual*, please see the official instruction, CR5332, 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/R57MSP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1088CP.pdf> on the CMS web site.

For additional information about the implementation of the CAP program you may want to review the following MLN Matters articles on the CMS website:

- MM4404 (*MMA Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs Physician Election*) at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf> on the CMS website.
- MM4309 (*MMA - Additional Requirements for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B Drugs and Biologicals*) at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf> on the CMS website.
- MM5079 (*Competitive Acquisition Program (CAP) - Creation of Automated Tables for Provider Information, Expansion of CAP Fee Schedule File Layout, and Additional Instructions for Claims Received from Railroad Retirement Board Beneficiaries*) at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf> on the CMS website.

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

MM5332/Trans R57MSP & R1088CP/CR5332/10-27-06/mlv rrc

## Medicare Pagador Secundario (MSP)

### ASIGNACIÓN DE UN MODIFICADOR DEDICADO A MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO PRESENTADO MEDIANTE EL CR 5332 (“TRANSMITTAL” 1088)

#### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas de la Parte B Medicare y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de medicamentos pagados bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP por sus siglas en inglés).

#### Información Clave

En el CR 5332 (“Transmittal” 1088), titulado *“Instructions for the Coordination of Medicare Secondary Payer (MSP) claims for the Competitive Acquisition Program (CAP)”*, y que se publicó el 27 de octubre de 2006, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) indican que, bajo ciertas circunstancias, un médico participante en el Programa CAP puede adquirir un medicamento CAP de una fuente diferente a la del proveedor CAP, debido a un error al identificar al asegurador primario del paciente. Bajo estas circunstancias inusuales, el CR5332 instruyó a los médicos participantes del CAP que utilizaran el modificador J3 para que pudieran recibir pago por los medicamentos con la tarifa “Non-CAP”.

Sin embargo, el modificador M2 (*“Medicare Secondary Payer”*) fue creado con el propósito que se describe en el CR5332 y fue incluido en el Archivo Alfa-Numérico de Códigos HCPCS del 2007, que se publicó en el sitio Web de CMS en noviembre de 2006. **Los médicos participantes del CAP deben tomar nota que, vigente el 1 de enero de 2007, el modificador M2 será el modificador dedicado solamente para las circunstancias inusuales identificadas previamente en este documento, y Medicare ya no aceptará el modificador J3 para este propósito.**

## Medicare Secondary Payer (MSP)

### ASSIGNMENT OF DEDICATED MEDICARE SECONDARY PAYER MODIFIER INTRODUCED IN CHANGE REQUEST (CR) 5332 (TRANSMITTAL 1088)

#### Provider Types Affected

*Physicians who bill Medicare Carriers and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for drugs paid under the Competitive Acquisition Program (CAP).*

#### Key Information

*In CR 5332 (Transmittal 1088) “Instructions for the Coordination of Medicare Secondary Payer (MSP) claims for the Competitive Acquisition Program (CAP)”, issued October 27, 2006, the Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) indicated that, under certain circumstances, a participating CAP physician may procure a CAP drug from a source other than the CAP vendor because of a mistake in identifying the patient’s primary insurer. Under these unusual circumstances, CR5332 instructed CAP physicians to use the J3 modifier to receive payment for the drug at the non-CAP rate.*

*However, the M2 “Medicare secondary payer” modifier was created for the purpose described in CR5332 and was included in the 2007 Alpha-Numeric HCPCS File posted to the CMS website in November 2006. **Participating CAP physicians must note that, effective January 1, 2007, the M2 modifier will be the dedicated modifier for the unusual circumstances identified above, and Medicare will no longer accept the J3 modifier for this purpose.***

Cont. on next page

## Medicare Pagador Secundario (MSP)

### Información Adicional

Si desea más información detallada, incluyendo las secciones revisadas de los Capítulos 3 y 5 del “*Medicare Secondary Payer (MSP) Manual*” y las secciones revisadas del Capítulo 17 del “*Medicare Claims Processing Manual*”, refiérase a la instrucción oficial (CR5332) enviada a su Contratista de la Parte B de Medicare o Contratista A/B MAC sobre este cambio. Existen dos “Transmittals” relacionados a esta instrucción y las mismas están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R57MSP.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1088CP.pdf>. Además, existe un artículo MLN Matters (MM5332) que se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5332.pdf>.

Los archivos de Códigos HCPCS están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/ANHCPCS/list.asp>.

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

## Medicare Secondary Payer (MSP)

### Additional Information

*For other details including the revised sections of Chapters 3 and 5 of the Medicare Secondary Payer (MSP) Manual and the revised sections of Chapter 17 of the Medicare Claims Processing Manual, please see the official instruction, CR5332, issued to your Medicare Carrier or A/B MAC regarding this change. There are two transmittals related to this instruction and they may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R57MSP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1088CP.pdf> on the CMS web site. In addition, an MLN Matters article, MM5332, is also available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5332.pdf> on that site.*

*HCPCS files are available at <http://www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/ANHCPCS/list.asp>.*

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

SE0703/ Trans R57MSP & R1088CP/SE0703/10-27-06/ 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
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quintón Coamo, PR 00769	December 15, 2005
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
Nevarez Sostre, Edgar	Urb. Jardines / Calle 9 #B-4 Dorado, PR 00694	December 20, 2006
Olivari Milán, José A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Área de Yauco Clínicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

# National Provider Identifier (NPI)

## IMPLEMENTACIÓN DEL NPI EN EL SISTEMA DE PAGO POR SERVICIOS MEDIANTE TARIFAS FIJAS (FFS) DE MEDICARE

### Proveedores Afectados

Todos los proveedores "Fee For Service" que le facturan a Medicare.

### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han publicado este artículo de Edición Especial (SE) para recordarle a los proveedores que, vigente el 23 de mayo de 2007, el número de identificación NPI reemplazará el identificador de proveedor de servicios de salud que se usa actualmente en transacciones estándar HIPAA. Los proveedores de servicios de salud deben recordar que obtener el número NPI es fácil y gratuito. ¡El tiempo se está acabando! Se estima que, una vez usted obtiene el NPI, le puede tomar hasta 120 días para implementar el NPI en las prácticas de negocios actuales. Los siguientes puntos claves ayudarán a los proveedores de Medicare durante el periodo de transición, desde la etapa de solicitud hasta la fase de implementación, para asegurar el cumplimiento con el requisito del NPI.

### Cómo solicitar un NPI

Visite el sitio Web de CMS, la fuente de información relacionada al NPI, incluyendo cómo solicitar su NPI, así como otros productos educativos, en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/>.

### Puntos Clave

A continuación se mencionan las áreas de contenido crítico para la implementación del NPI en los sistemas de salud "Fee For Service" de Medicare.

### Números Legados de Medicare

Luego de la fecha de cumplimiento, los proveedores de Medicare deben comenzar a someter el NPI en lugar del Número Legado en reclamaciones enviadas a Medicare. El Número

## MEDICARE FEE FOR SERVICE (FFS) IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI)

### Provider Types Affected

All FFS providers who bill Medicare.

### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is publishing this Special Edition (SE) article to remind providers that on May 23, 2007, the NPI will replace health care provider identifiers that are in use today in HIPAA standard transactions. Health care providers should remember that getting an NPI is free and easy. Time is running out! It is estimated that, once a provider obtains an NPI, it may take up to 120 days to implement the NPI in current business practices. The following key points will assist Medicare providers as they transition from the application stage to the implementation stage to ensure NPI readiness.*

### Applying for an NPI

*Visit the official CMS source for NPI-related information, including how to apply for an NPI, as well as free educational products, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/> on the CMS website.*

### Key Points

*The following are the critical content areas for the Medicare FFS Health plan implementation of the NPI.*

### Medicare Legacy Numbers

*After the compliance date, Medicare providers must begin submitting their NPIs instead of their Medicare legacy identifiers on claims they send to Medicare. A provider's*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

de Identificación de Contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del proveedor, o sea, el Seguro Social de Proveedor o el Seguro Social Patronal (EIN), se continuará usando cuando el proveedor necesite ser identificado como contribuyente para efectos de transacciones estándar HIPAA. Las Guías de Implementación para cada transacción estándar indican cuándo es necesario identificar al proveedor como un contribuyente.

- Usted puede ver un artículo MLN Matters (MM4023) relacionado a este tema en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4023.pdf>.

## Intercambio Electrónico de Archivos

Las organizaciones de la industria de la salud que tienen aprobación de CMS como Organizaciones de Intercambio Electrónico de Archivos (EFIOs, por sus siglas en inglés) pueden someter data de solicitud del NPI para proveedores de servicios de salud, incluyendo a los proveedores de Medicare, en archivos electrónicos para el “*National Plan and Provider Enumeration System*” o NPPES, luego de obtener permiso de los proveedores de servicios de salud para hacerlo. Este proceso se conoce como “*Electronic File Interchange*” o EFI. Para los proveedores de servicios de salud que reciben el acercamiento de parte de EFIOs, el Intercambio Electrónico de Archivos (EFI) es una alternativa, vs. tener que solicitar el NPI a través del Internet o mediante una solicitud en papel. Los proveedores que son enumerados mediante EFI reciben sus notificaciones del NPI de parte del EFIO que llevó a cabo el proceso de enumeración. Estas notificaciones no son generadas por NPPES.

## Designación de Subpartes

CMS les recuerda a los proveedores de Medicare que evalúen el *Medicare’s Subparts Expectation Paper* (documento titulado “*Medicare Expectations on Determination of Subparts by Medicare Organization Health Care Providers Who Are Covered Entities Under HIPAA*,” el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web NPI de CMS, <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/Downloads/Medsubparts01252006.pdf>, para sugerencias

*Taxpayer Identification Number (TIN), which is the provider’s Social Security Number or Employer Identification Number, will continue to be used when a provider needs to be identified as a taxpayer in HIPAA standard transactions. The Implementation Guides for each of the standard transactions indicate when it is necessary to identify a provider as a taxpayer.*

- A related MLN Matters article, MM4023, may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4023.pdf> on the CMS website.

## Electronic File Interchange (EFI)

*Health industry organizations that are approved by CMS as Electronic File Interchange Organizations (EFIOs) can submit NPI application data for health care providers, including Medicare providers, in electronic files to the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) after obtaining the permission of the health care providers to do so. This process is called Electronic File Interchange (EFI). For health care providers who are approached by EFIOs, EFI is an alternative to having to apply for their NPIs via the web-based or paper application process. Providers who are enumerated via EFI, receive their NPI notifications from the EFIO that had them enumerated. These notifications are not generated from NPPES.*

## Designation of Subparts

*CMS reminds Medicare providers to visit Medicare’s Subparts Expectation Paper (entitled, “Medicare Expectations on Determination of Subparts by Medicare Organization Health Care Providers Who Are Covered Entities Under HIPAA,” and located at <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/Downloads/Medsubparts01252006.pdf> on the CMS NPI web page) for suggestions on how to*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

sobre la manera de determinar sus sub partes. Recuerde, ningún plan de salud, ni siquiera Medicare, puede dar instrucciones al proveedor sobre cómo enumerar sus sub partes. Esta es una decisión de negocios que el proveedor debe tomar considerando las particularidades de la operación de sus negocios.

## Requisito de Enumeración de Equipo Médico Duradero (DME)

Según se menciona en el “*Medicare Expectations on Determination of Subparts by Medicare Organization Health Care Providers Who Are Covered Entities Under HIPAA*” (vea el enlace a este documento en el párrafo anterior), a los suplidores DME de Medicare se les requiere que obtengan un NPI para cada localidad. La única excepción a este requisito es la situación en la cual el suplidor DME de Medicare es propietario único. Un propietario único es elegible para un solo NPI (el NPI individual), sin tomar en cuenta el número de localidades que el suplidor DME pueda tener.

## Sometiendo su NPI en Reclamaciones Electrónicas de Medicare

Hasta nuevo aviso, CMS recomienda a los proveedores de Medicare que sometan sus reclamaciones haciendo uso de ambos números de identificación: el NPI y el Número Legado. Las reclamaciones sometidas con el NPI solamente podrían ser rechazadas/devueltas como no procesables, si los sistemas de Medicare no logran parear adecuadamente el número NPI sometido con el Número Legado. El proveedor tendrá, entonces, que someter nuevamente la reclamación con el Número Legado apropiado.

Usted puede hacer referencia a un artículo MLN Matters relacionado a este tema (MM5378) visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mlnmattersarticles/downloads/mm5378.pdf>.

## Uso Requerido del NPI en Reclamaciones en Papel

Medicare, como un plan de salud, le requerirá a usted el uso del NPI en sus reclamaciones en papel. Los formularios de reclamaciones en papel utilizados por Medicare han sido revisados para

*determine their subparts. Remember, no health plan, not even Medicare, can instruct a provider on how to enumerate subparts. This is a business decision that the organization provider must make considering its unique business operations.*

## Durable Medical Equipment (DME) Enumeration Requirement

*As mentioned in the paper entitled, “Medicare Expectations on Determination of Subparts by Medicare Organization Health Care Providers Who Are Covered Entities Under HIPAA” (see link in preceding paragraph), Medicare DME suppliers are required to obtain an NPI for every location. The only exception to this requirement is the situation in which a Medicare DME supplier is a sole proprietor. A sole proprietor is eligible for only one NPI (the individual’s NPI) regardless of the number of locations the DME supplier may have.*

## Submitting your NPI on Medicare Electronic Claims

*Until further notice, CMS recommends that Medicare providers submit claims using both the NPI and legacy number. Claims submitted with **only an NPI** may be rejected/returned as unprocessable if Medicare systems are unable to properly match the incoming NPI with a legacy number. The provider will then need to resubmit the claim with the appropriate legacy number.*

*A related MLN Matters article, MM5378, may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/mlnmattersarticles/downloads/mm5378.pdf> on the CMS website.*

## Required Use of the NPI on Medicare Paper Claims

*Medicare, as a health plan, will require the use of the NPI on its paper claims. The paper claim forms used by Medicare have been revised to accommodate use of the NPI. There*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

que acepten el uso del NPI. Habrá períodos de transición para cada uno de los formularios revisados. Mientras que el NPI no puede usarse en el formulario en papel actual, los proveedores pueden comenzar a usar el NPI en los formularios revisados una vez comience el periodo de transición para cada formulario.

- El artículo MLN Matters relacionado a la transición del formulario UB-92 al UB-04 está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5072.pdf>.
- El artículo MLN Matters relacionado a la transición del formulario CMS1500 (12/90) al formulario CMS1500 (08/05) está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5060.pdf>.

## Uso Requerido de los Códigos de Taxonomía en Reclamaciones de Proveedores Institucionales

Vigente el 1 de enero de 2007, los proveedores institucionales de Medicare que someten reclamaciones para sus instalaciones primarias y sus subpartes (tales como unidades siquiátricas, unidades de rehabilitación, etc.) deben reportar un código de taxonomía en todas las reclamaciones sometidas a su Intermediario Fiscal (FI, por sus siglas en inglés). Estas instalaciones reportarán los códigos de taxonomía, hayan solicitado un NPI para cada una de sus subpartes o no. A los proveedores institucionales que actualmente no facturan a Medicare por concepto de servicios prestados por sus subpartes, no se les requiere el uso de códigos de taxonomía en sus reclamaciones enviadas a Medicare.

Un artículo MLN Matters reciente (MM5243) discute este requisito en más detalle. El mismo está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5243.pdf>.

## Reclamaciones al “National Council of Prescription Drug Plans” (NCPDP)

El formato NCPDP se diseñó para permitir que se sometieran reclamaciones de medicamentos recetados tanto con el NPI o el Número Legado, pero no se podrá reportar más de un identificador

*will be transition periods for each of the revised forms. While the NPI cannot be used on the current paper claim forms, providers may begin using the NPI on the revised forms once the transition period for each form begins.*

- *The MLN Matters article related the transition from UB-92 to UB 04 can be viewed at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5072.pdf> on the CMS website.*
- *The MLN Matters article related to the transition from CMS 1500 (12/90) to CMS 1500 (08/05) can be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5060.pdf> on the CMS website.*

## **Required Use of Taxonomy Codes on Institutional Provider Claims**

*Effective January 1, 2007, institutional Medicare providers who submit claims for their primary facility and its subparts (such as psychiatric unit, rehabilitation unit, etc.) must report a **taxonomy code** on all claims submitted to their FI. Taxonomy codes shall be reported by these facilities whether or not the facility has applied for NPIs for each of their subparts. Institutional providers that do not currently bill Medicare for services performed by their subparts are not required to use taxonomy codes on their claims to Medicare.*

*A recent MLN Matters article, MM5243, discusses this requirement in more detail and may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5243.pdf> on the CMS website.*

## **National Council of Prescription Drug Plans (NCPDP) Claims**

*The NCPDP format was designed to permit a prescription drug claim to be submitted with either an NPI or a legacy identifier, but no more than one identifier may be reported for*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

por proveedor (farmacia al detal o médico que receta), por reclamación. Desde el 1 de octubre de 2006 hasta el 22 de mayo de 2007, se le permitirá a las farmacias que venden al detal reportar su NPI, y/o el NPI del médico que receta (si tienen dicha información). (Refiérase al artículo MLN Matters MM4023 en el enlace provisto anteriormente).

## Aplicaciones Computadorizadas para la Impresión de Remesas de Pago

Las aplicaciones de impresión *835-PC-Print* y *Medicare Remit Easy Print* se modificaron para permitir el ingreso del NPI o del Número Legado, o ambos, si se incluye en la 835. (Refiérase al artículo MLN Matters MM4023).

## Notificando su NPI a Medicare

Los proveedores de Medicare deben saber que no existe un “proceso especial” ni hay necesidad de llamar al programa de Medicare para notificar su NPI. El NPI será compartido con el Programa de Medicare al momento de utilizarlo en reclamaciones, junto con el Número Legado. Segundo, aquellos proveedores que solicitan ingreso a Medicare, deben someter el NPI en el formulario de solicitud de ingreso CMS-855 (junto con una copia de la notificación de emisión del NPI enviada por NPPES o por un EFIO al proveedor). Los proveedores existentes de Medicare deben proveer su NPI al momento de hacer cambios en la información de ingreso de proveedores de Medicare.

## Compartiendo NPIs

Una vez los proveedores han recibido su NPI, éstos deben compartir el NPI con otros proveedores con quienes llevan a cabo transacciones de negocio, y con los planes de salud que soliciten su NPI. De hecho, de acuerdo a las regulaciones actuales, todos los proveedores, incluyendo a los proveedores de Medicare, que están cubiertos por HIPAA, **deben** compartir su NPI con otros proveedores, planes de salud, casas de facturación y cualquier entidad que pueda necesitar el NPI para usarlo en transacciones estándar, incluyendo la necesidad de identificar a un médico que envía una orden o

*a provider (retail pharmacy or prescribing physician) per claim. From October 1, 2006, through May 22, 2007, retail pharmacies will be allowed to report their NPI, and/or the NPI of the prescribing physician (if they have this information). (Refer to MLN Matters article MM4023 at the link provided earlier in this article.)*

## Medicare Remittance Advice Print Software

*The 835-PC-Print and Medicare Remit Easy Print software were modified to enable either the NPI or a Medicare legacy number, or both, if included in the 835. (Refer to MLN Matters article MM4023.)*

## Communicating Your NPI to Medicare

*Medicare providers should know that there is no “special process” or any need to call to communicate NPIs to the Medicare program. NPIs can be shared with the Medicare program by using them on your claims along with your legacy identifier. Secondly, for providers applying for Medicare enrollment, an NPI must be reported on the CMS-855 enrollment application (along with a photocopy of the NPI notification received by the provider from the NPPES or from an EFIO). Existing Medicare providers must provide their NPIs when making any changes to their Medicare provider enrollment information*

## Sharing NPIs

*Once providers have received their NPIs, they should share their NPIs with other providers with whom they do business, and with health plans that request their NPIs. In fact, as outlined in current regulation, all providers, including Medicare providers, that are HIPAA covered providers **must** share their NPI with other providers, health plans, clearinghouses, and any entity that may need those NPIs for use in standard transactions, including the need to identify an ordering or a*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

hace un referido. Los proveedores también deben considerar el permitir a los planes médicos o instituciones para las cuales trabajan, que compartan su NPI.

## Información Adicional

### Preguntas sobre el NPI

CMS continúa actualizando la sección FAQs (Frequently Asked Questions) con el fin de contestar muchas de las preguntas sobre el NPI que se reciben a diario. Visite el siguiente enlace para ver la sección FAQs sobre el NPI:

[http://questions.cms.hhs.gov/cgi-bin/cmshhs.cfg/php/enduser/std\\_alp.php?p\\_sid=Qjr3YRYh&p\\_lva=&p\\_li=&p\\_page=1&p\\_cv=&p\\_pv=&p\\_prods=0&p\\_cats=&p\\_hidden\\_prods=&prod\\_lv1=0&p\\_search\\_text=NPI&p\\_new\\_search=1&p\\_search\\_type=answers.search\\_nl](http://questions.cms.hhs.gov/cgi-bin/cmshhs.cfg/php/enduser/std_alp.php?p_sid=Qjr3YRYh&p_lva=&p_li=&p_page=1&p_cv=&p_pv=&p_prods=0&p_cats=&p_hidden_prods=&prod_lv1=0&p_search_text=NPI&p_new_search=1&p_search_type=answers.search_nl)

Los proveedores deben recordar que el Enumerador NPI solamente puede contestar/atender los siguientes tipos de preguntas/asuntos:

- Estatus de una solicitud
- Proveerle un NPI perdido/olvidado
- Carta de Notificación sobre NPI perdida (ejemplo: para aquellos proveedores enumerados mediante solicitud en papel o vía Internet.
- Problemas al acceder NPPES
- Olvidó su usuario/contraseña
- Necesita pedir una solicitud en papel
- Necesita aclaración sobre información a ser suministrada en la solicitud del NPI.

Aquellos proveedores que necesiten este tipo de ayuda pueden comunicarse al enumerador llamando al 1-800-465-3203, o mediante el sistema TTY llamando al 1-800-692-2326. También pueden someter la solicitud al Enumerador NPI mediante correo electrónico: [CustomerService@NPIenumerator.com](mailto:CustomerService@NPIenumerator.com).

**Por favor note:** El centro de operaciones del Enumerador NPI permanece cerrado durante los días feriados del gobierno federal. Los días feriados que observa el gobierno federal son los siguientes: Día de Año Nuevo, Día de la Independencia, Día del Veterano, Día de Navidad, Natalicio de Martin Luther King, Natalicio de George Washington, Día de la Recordación, Día del Trabajo, Día de la Raza, Día de Acción de Gracias.

*referring physician. Providers should also consider letting health plans, or institutions for whom they work, share their NPIs for them.*

## Additional Information

### NPI Questions

*CMS continues to update our Frequently Asked Questions (FAQs) to answer many of the NPI questions we receive on a daily basis. Visit the following link to view all NPI FAQs:*

*[http://questions.cms.hhs.gov/cgi-bin/cmshhs.cfg/php/enduser/std\\_alp.php?p\\_sid=Qjr3YRYh&p\\_lva=&p\\_li=&p\\_page=1&p\\_cv=&p\\_pv=&p\\_prods=0&p\\_cats=&p\\_hidden\\_prods=&prod\\_lv1=0&p\\_search\\_text=NPI&p\\_new\\_search=1&p\\_search\\_type=answers.search\\_nl](http://questions.cms.hhs.gov/cgi-bin/cmshhs.cfg/php/enduser/std_alp.php?p_sid=Qjr3YRYh&p_lva=&p_li=&p_page=1&p_cv=&p_pv=&p_prods=0&p_cats=&p_hidden_prods=&prod_lv1=0&p_search_text=NPI&p_new_search=1&p_search_type=answers.search_nl)*

*Providers should remember that the NPI Enumerator can only answer/address the following types of questions/issues:*

- *Status of an application*
- *Forgotten/lost NPI*
- *Lost NPI notification letter (i.e., for those providers enumerated via paper or web-based applications)*
- *Trouble accessing NPPES*
- *Forgotten password/User ID*
- *Need to request a paper application*
- *Need clarification on information that is to be supplied in the NPI application*

*Providers needing this type of assistance may contact the enumerator at 1-800-465-3203, TTY 1-800-692-2326, or email the request to the NPI Enumerator at [CustomerService@NPIenumerator.com](mailto:CustomerService@NPIenumerator.com).*

**Please Note:** *The NPI Enumerator's operation is closed on federal holidays. The federal holidays observed are: New Year's Day, Independence Day, Veteran's Day, Christmas Day, Martin Luther King's Birthday, Washington's Birthday, Memorial Day, Labor Day, Columbus Day, and Thanksgiving.*

Pub. SE0679/ Trans N/A / N/A / N/A / mlv rrc

# National Provider Identifier (NPI)

## LOS CONTRATISTAS DEL SISTEMA DE PAGO POR SERVICIO MEDIANTE TARIFA FIJA (FFS) DE MEDICARE ESTABLECERÁN UN PLAN DE CONTINGENCIA PARA IMPLEMENTAR EL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI)

El MM5595 anuncia que a partir del 23 de mayo de 2007, los contratistas del Sistema de Pago por Servicios Mediante Tarifa Fija (FFS, por sus siglas en inglés) de Medicare establecerán un plan de contingencia para implementar el identificador nacional del proveedor (NPI).

Según este plan, tan pronto Medicare considere que el número de reclamaciones sometidas con el NPI para los proveedores primarios es suficiente, las reclamaciones sin un NPI para proveedores primarios se rechazarán, luego de notificarles. Esto pudiese ocurrir quizás desde el 1 de julio de 2007.

Por lo tanto, si usted no tiene su NPI, debe obtenerlo ahora. Puede solicitarlo a través de la siguiente dirección <https://nppes.cms.hhs.gov/> en la página electrónica de CMS.

Usted también debe cerciorarse de que su personal de facturación comience a incluir su NPI en sus reclamaciones cuanto antes.

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/MLN MattersArticles/downloads/MM5595.pdf>.

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

## MEDICARE FEE-FOR-SERVICE (FFS) NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) IMPLEMENTATION CONTINGENCY PLAN

*MM5592 announces that effective May 23, 2007, Medicare fee for service (FFS) is establishing a contingency plan for implementing the National Provider Identifier (NPI).*

*In this plan, as soon as Medicare considers that, the number of claims submitted with an NPI for primary providers is sufficient; claims without an NPI for primary providers will be rejected after advance notification. This may happen as early as July 1, 2007.*

*If you have not yet done so, you should obtain your NPI now. You can apply on line at <https://nppes.cms.hhs.gov/> on the CMS website.*

*You should also make sure that your billing staffs begin to include your NPI on your claims as soon as possible.*

*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/MLN MattersArticles/downloads/MM5595.pdf> on the CMS website.*

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

CR5595/trans.R1227CP/MM5595/MAR



## Contrato

### ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Durante el mes de abril de 2007, todos los médicos que ofrecen servicios a los beneficiarios del Programa Medicare y que reciben pago por los servicios prestados, recibieron una notificación de la Oficina de Contratos de Triple-S, Inc. / Medicare. En la misma le solicitamos sometamos antes del 31 de julio de 2007 evidencia de la Certificación y Registro de Educación Médica, que otorga el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, correspondiente al **periodo del 1 de julio de 2007 al 30 de junio de 2010**.

Es importante que sometamos esta información a la Oficina de Contratos. De esta manera nos aseguraremos de cumplir con la reglamentación de Medicare y a la misma vez mantener sus expedientes al día.

## Enrollment

### UPDATE OF MEDICARE PHYSICIAN FILES

*During the month of April all physicians that render services to beneficiaries of the Medicare Program and are paid for these services, received a written notification from Triple-S, Inc./Medicare Provider Enrollment Section. They were requested to submit, before July 31st, 2007, evidence of the certification and registration from the Puerto Rico Medical Board of Examiners, for the **period July 1, 2007 to June 30, 2010**.*

*It is very important that you submit this information to our Provider Enrollment Section. In this way, we will ensure compliance with Medicare regulations and in turn keep updated.*

SS/Provider Enrollment Section/March, 2007

**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**RETURN SERVICE REQUESTED**

**PRSR STD**

**U.S. POSTAGE PAID**

**SAN JUAN, P.R.**

**PERMIT NO. 2563**