

¡Qué Bueno Que Preguntó! ¡EL NPI ESTÁ AQUÍ! ¿ESTÁ USTED UTILIZÁNDOLO?

LA DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DEL ENUMERADOR (NPPES)

Comenzando el martes, 4 de septiembre de 2007, CMS tendrá disponible la información divulgable a través de FOIA de los proveedores del cuidado de la salud. El Registro de NPI estará disponible el 4 de septiembre y el archivo electrónico estará listo aproximadamente una semana después.

El documento "Information on FOIA-Disclosable Data Element in NPPES" del 20 de junio de 2007 que se encuentra en la siguiente página Web: http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/Downloads/NPPES_FOIA_Data%20Elements_062007.pdf ofrece detalles de la información a ser desplegada en este archivo, además señala el proceso a seguir de usted necesitar realizar cambio a su información.

We Are Glad You Asked! THE NPI IS HERE! ARE YOU USING IT?

DISSEMINATION OF DATA FROM THE NATIONAL PLAN AND PROVIDER ENUMERATION SYSTEM (NPPES)

CMS will be making FOIA-disclosable NPPES health care provider data available beginning Tuesday, September 4, 2007. The NPI Registry will become operational on September 4 and the downloadable file will be ready approximately one week later.

Health care providers should refer to the document entitled, "Information on FOIA-Disclosable Data Elements in NPPES," dated June 20, 2007 (found on the CMS NPI web page at http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/Downloads/NPPES_FOIA_Data%20Elements_062007.pdf) for details on the information that will be displayed and offers assistance on the process to follow if you should need to make changes to your data.

Excerpt/CMS LEARN RESOURCE-200708-06



TRIPLE-S, INC.



An Independent
Licensee of the
BlueCross BlueShield
Association



Emission Date: Sept. 21, 2007 | Volume 91 / July, August, and September, 2007

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

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

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

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

TABLA DE CONTENIDO

¡Qué Bueno que Preguntó!

¿El NPI está aquí! ¿Está usted utilizándolo? ...Portada	
Duplicados de Remesas de Pago	5
Informativa 2007	5

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer	6
---	---

Recursos de Información y Educación

Duplicados de Remesas e Historiales	7
Cambios a la cantidad del requisito de controversia .	8
Información para la acreditación de suplidores DME ...	8
Exhibición del tipo de plan en CWF - Parte C y D	9
Principios de codificación de la iniciativa PQRI	10
Resumen del Programa PQRI - Reporte de Calidad ..	10
Modificación de la Notificación de Redeterminación ..	21

HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	24
--	----

Política Médica

Medida de Densidad Ósea en los Huesos	27
Revisión a los códigos HCPCS - Inmunoglobina	27
Directrices de pago para Auto Manejo-Diabetes	28
Guías de cubierta para el servicio del cuidado del pie	28
Aclaración a instrucción - beneficio de Rayos X	29
Fotoféresis Extracorpórea	30
Dispositivo de Asistencia Ventricular	30
Actualización del Manua - Servicios Colorectales .	31
Requisito para proveer códigos - Eritropoyesis ...	31
Cáncer Colorectal: Preventivo, tratable y combatible .	32
Cubierta para exploratorias-Cáncer de la Próstata	33
Clarificación - facturación de Cirugía Bariátrica	33
Instrucciones para Lente Intraocular	40

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.

Actualización trimestral de julio 2007- Albuterol	50
Barrera Hematoencefálica - tumores cerebrales	53
Ultrasonido exploratorio para Aneurismas	54

Políticas de Pago

Servicios no provistos dentro de los Estados Unidos .	55
Actualización trimestral éditos MUE, versión 1.1	55
Actualización trimestral éditos CCI, versión 13.2	56
Actualización octubre de 2007códigos HCPCS-SNF .	58
Actualización anual del ICD-9-CM	58
Uso apropiado del Modificador "59"	59
Respuestas inválidas de información no solicitada	60
Descontinuación del registro del número UPIN ...	61
Nuevas pruebas con dispensa	64
Correcciones al CR5404 - Nuevas pruebas	68
Actualización abril de 2007 MPFSDB	70
Implementación de precios por jurisdicción	72
Actualización - base de datos de tarifas fijas 2007	75
Actualización - julio 2007 a la tarifas DMEPOS	78
Actualización -abril 2007 a las tarifas DMEPOS	82

Medicamentos

Archivo trimestral de abril de 2007 ASP	85
Revisiones al Manual - Medicamentos y Biológicos ...	90

Laboratorio

Cambios en la aplicación de éditos de NCD	91
Éditos al CWF - reclamaciones duplicadas del TC	91

Ambulancia

Pagos de Medicare para los transportes	92
Tarifas fijas de ambulancia	93

Reclamaciones

Procesamiento de todos los códigos de diagnósticos	95
Revisión de los requisitos - Forma CMS-1500	96
Revisiones a las instrucciones Forma CMS-1500 ...	97
Nuevo plazo para someter la Forma CMS-1500	97
Errores comunes de facturación que debe evitar	98
Clarificación del MM5488-Forma CMS-1500	98
Transición del proceso "crossover" Medigap	99
Requisitos adicionales - Forma CMS-1500	104

Medicare Pagador Secundario (MSP)

Adición temporera a la lista de excepciones ASCA ..	105
---	-----

Contrato

Proveedores Sancionados	107
Importancia de reportar los números de legado	110
3ra etapa de cambios en el NPI - transacción 835 ...	110
Educación para manejar asuntos NPI	111
¿Cómo el proveedor reporta su NPI...?	112
Plan para implementar el NPI	113
Guía importante - utilización del NPI	114
Requisito de autenticación del proveedor	115
Recertificación del Tribunal Examinador . 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>The NPI is Here! Are you Using it?</i>	<i>Cover</i>
<i>Remittance Advice Duplicates</i>	<i>5</i>
<i>Tax Form for 2007</i>	<i>5</i>

Opt-Out Providers from the Medicare Program

<i>Medicare Program Opt-Out Providers</i>	<i>6</i>
---	----------

Information and Education Resources

<i>Remittance Advice and Payment Histories Duplicates .</i>	<i>7</i>
<i>Change in the Amount in Controversy for Federal</i>	<i>8</i>
<i>Accreditation Information for Suppliers of DME</i>	<i>8</i>
<i>Part C and D Plan Type Display on the CWF</i>	<i>9</i>
<i>PQRI Coding and Reporting Principles</i>	<i>10</i>
<i>Program Overview: 2007 PQRI</i>	<i>10</i>
<i>Modification to the Model Medicare Redetermination .</i>	<i>21</i>

HIPAA

<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i>	<i>24</i>
---	-----------

Medical Policy

<i>Bone Mass Measurements</i>	<i>27</i>
<i>Revised HCPCS Codes - Immune Globulin</i>	<i>27</i>
<i>Guidelines - Payment of Diabetes Self-Management .</i>	<i>28</i>
<i>Foot Care Coverage Guidelines</i>	<i>28</i>
<i>Clarification of Manual Instruction - Portable X-Ray</i>	<i>29</i>
<i>Extracorporeal Photopheresis</i>	<i>30</i>
<i>Ventricular Assist Devices</i>	<i>30</i>
<i>Update to Manual Publication 100-04 - Colorectal ..</i>	<i>31</i>
<i>Requirements for Administration - Erythropoiesis ...</i>	<i>31</i>
<i>Colorectal Cancer: Preventable, Treatable,</i>	<i>32</i>
<i>Reminder - Coverage of Prostate Cancer</i>	<i>33</i>
<i>Clarification of Bariatric Surgery Billing</i>	<i>33</i>
<i>Instructions for Correcting Intraocular Lens</i>	<i>40</i>

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>July 2007 Quarterly Update - Albuterol</i>	<i>50</i>
<i>Blood Brain Barrier Osmotic Disruption</i>	<i>53</i>
<i>Coverage for Abdominal Aortic</i>	<i>54</i>

Billing Policies

<i>Services not Provided Within the United States</i>	<i>55</i>
<i>Quarterly Update to MUEs, Version 1.1</i>	<i>55</i>
<i>Quarterly Update to CCI Edits, Version 13.2</i>	<i>56</i>
<i>October Quarterly Update to HCPCS Codes - SNF ...</i>	<i>58</i>
<i>Medicare Annual Update of the ICD-9-CM</i>	<i>58</i>
<i>Proper Use of Modifier " 59"</i>	<i>59</i>
<i>Invalid SNF Informational Unsolicited Responses ..</i>	<i>60</i>
<i>Discontinuance of the UPIN Registry</i>	<i>61</i>
<i>New Waived Tests</i>	<i>64</i>
<i>Correction to CR5404: New Waived Tests</i>	<i>68</i>
<i>April Update to the 2007 Physician Fee Schedule ..</i>	<i>70</i>
<i>Implementation of the Jurisdictional Pricing Rules ..</i>	<i>72</i>
<i>Update to the 2007 MPFSDB</i>	<i>75</i>
<i>July 2007 Quarterly Update - 2007 DMEPOS Fee</i>	<i>78</i>
<i>April 2007 Quarterly Update - 2007 DMEPOS Fee .</i>	<i>82</i>

Drugs

<i>April 2007 Quarterly ASP Drug Pricing</i>	<i>85</i>
<i>Revisions in the Medicare Manual -Discarded Drugs .</i>	<i>90</i>

Laboratory

<i>Changes to the NCD Edit Software</i>	<i>91</i>
<i>CWF Duplicate Claim Edit for the TC of Radiology .</i>	<i>91</i>

Ambulance

<i>Medicare Payments for Ambulance Transports</i>	<i>92</i>
<i>Ambulance Fee Schedule - Ground Ambulance</i>	<i>93</i>

Claims

<i>Processing all Diagnosis Codes Reported</i>	<i>95</i>
<i>Revisions to Form CMS-1500 Submission</i>	<i>96</i>
<i>Revisions to Incomplete or Invalid Claims</i>	<i>97</i>
<i>New Deadline for Submission - Form CMS-1500</i>	<i>97</i>
<i>CWF Billing Errors to Avoid when Billing</i>	<i>98</i>
<i>Clarification of MM5488 - Coding on CMS-1500</i>	<i>98</i>
<i>Transitioning the Medigap Crossover Process</i>	<i>99</i>
<i>Additional Requirements - Form CMS-1500</i>	<i>104</i>

Medicare Secondary Payer (MSP)

<i>Temporary Addition to the ASCA Exception List ...</i>	<i>105</i>
--	------------

Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i>	<i>107</i>
<i>The Importance of Reporting Legacy Numbers</i>	<i>110</i>
<i>Stage 3 NPI Changes for Transaction 835</i>	<i>110</i>
<i>Provider Education for Handling NPI Issues</i>	<i>111</i>
<i>How Does the Provider Report their NPI</i>	<i>112</i>
<i>Medicare Fee-For-Service NPI Contingency Plan</i>	<i>113</i>
<i>Important Guidance Regarding NPI Usage</i>	<i>114</i>
<i>Provider Authentication Requirement</i>	<i>115</i>
<i>Medical Board Examination Recertification</i>	<i>Backcover</i>

MOA-2007

¡Qué Bueno Que Preguntó!

DUPLICADOS DE REMESAS DE PAGO E HISTORIALES DE PAGO

Queremos recordarle que a partir del 1 de octubre de 2006 se ha suprimido la distribución de remesas de pago en papel (SPR, según sus siglas en inglés).

Además, les recordamos que el costo por obtener duplicados de remesas es de \$5.00.

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

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

We Are Glad You Asked!

REMITTANCE ADVICE DUPLICATES AND PAYMENT HISTORIES

We want to remind you that effective October 1, 2006; the distribution of standard remittance advices (SPR) was suppressed.

Furthermore, please be informed that the cost for each remittance is \$5.00.

In relation to payment histories the cost will be of \$10.00 and will only be on a CD. When requesting a payment history, please indicate the period for which the report should be made.

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

Ref./budget /8-16-2007

INFORMATIVA (TAX FORM 480.6A) PARA EL AÑO 2007

Deseamos informarle que la informativa (Tax Form 480.6A) está basada en los pagos generados hasta el 31 de diciembre de cada año y a dicha fecha se usa estrictamente el número de Seguro Social que aparece dicho día en nuestro sistema. Si usted ha cambiado su número de Seguro Social Individual, en cualquier momento, a un Seguro Social Patronal (EIN) nuestra oficina no podrá emitir dos Informativas (Tax Form 480.6A) para un mismo número de proveedor.

De ser está su situación, usted deberá someter su planilla al Departamento de Hacienda con una affidavit y cualquier otro documento relacionado, documentando el cambio de su número de Seguro Social Individual durante el año.

TAX FORM 480.6A FOR YEAR 2007

Please be advised that Tax Form 480.6A is based on payments generated until the 31st of December of each year. At that date, the Social Security number that appears in our system is stringently used. If, at any moment, you have changed your Social Security number to an EIN number we will not be able to print two Tax Forms 480.6A for the same provider number.

Should this be your situation, you will need to submit your Income Tax Return to the Internal Revenue Service with an Affidavit, together with any other supporting documentation, stating that during the tax year you changed your Individual Social Security number.

Ref./budget/9-17-07/SNP

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 23 de agosto 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 August 23, 2007:

Provider Name	Provider Address	Opt-Out Period	
Puerto Rico			
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
U.S. Virgin Islands			
Dr. James P Clayton	Suite 205 6500 Red Hook Plaza St. Thomas VI 00802-1306	7/1/2007	8/30/2009
Dr. Roy Schneider	Suite 209 Sugar Estate St. Thomas, VI 00802	5/8/2007	5/7/2009
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. August 23, 2007/SS-SC-Contract Section

Recursos de Información y Educación para Proveedores

DUPLICADOS DE REMESAS DE PAGO E HISTORIALES DE PAGO

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

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

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

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

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

Information and Education Resources for Providers

REMITTANCE ADVICE DUPLICATES AND PAYMENT HISTORIES

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

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

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

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

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

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

Recursos de Información y Educación para Proveedores

CAMBIOS A LA CANTIDAD DEL REQUISITO DE CONTROVERSIA PARA LAS REVISIONES JUDICIALES

Esta petición de cambio (CR) notifica al contratista de un aumento en la cantidad en controversia requerida para mantener el derecho a una Revisión Judicial ante un Tribunal de Distrito de E.U a \$1,130.00, comenzando el 1 de enero de 2007. El Capítulo 29 del Medicare Claims Processing Manual, § 330.1 y 345.1, no indica la cantidad en dólares para una Revisión Judicial ante un Tribunal de Distrito de E.U. Este CR incorpora esta cantidad.

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/MM5518.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

CHANGE IN THE AMOUNT IN CONTROVERSY REQUIREMENT FOR FEDERAL DISTRICT COURT

This CR notifies contractors of an increase in the Amount in Controversy required to sustain Federal District Court appeal rights beginning January 1, 2007 to \$1,130.00. Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual, § 330.1 and 345.1, does not list the dollar amount for a Federal District Court appeal. This CR incorporates that amount.

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/MM5518.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5518/Trans. 1211/MM5518 ab/moa04-09-07

INFORMACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE SUPLIDORES DE EQUIPO MÉDICO

Este artículo de Edición Especial, SE0713, provee la información que necesitan los suplidores DME para cumplir con la sección 302(b) (1) de la ley Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization (MMA) de 2003. Esa sección le requiere al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) a establecer e implementar estándares de calidad para los suplidores de DMEPOS. Todos los suplidores que deseen facturar a Medicare por DMEPOS provistos a pacientes de Medicare tienen que cumplir con estos estándares para recibir pagos de Medicare. Además, la sección 1847(b) (2) (A) (i) de la ley del Seguro Social requiere que los suplidores de DMEPOS llenen estos estándares antes de que se les conceda un contrato bajo el futuro programa de licitación competitiva para DMEPOS de Medicare.

ACCREDITATION INFORMATION FOR SUPPLIERS OF DURABLE MEDICAL EQUIPMENT

This Special Edition (SE) article, SE0713, provides the information that DME suppliers need to comply with Section 302(b)(1) of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA). That MMA section requires the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) to establish and implement quality standards for DMEPOS suppliers. All DMEPOS suppliers wishing to bill Medicare for DMEPOS provided to Medicare patients must comply with these standards to receive Medicare Part B payments. In addition, Section 1847 (b)(2)(A)(i) of the Social Security Act requires DMEPOS suppliers meet these standards before being awarded a contract under the upcoming Medicare DMEPOS Competitive Bidding Program.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

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/SE0713.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

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/SE0713.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

MLN Matters/ SE 0713/ jsr 04/09/07/moa

EXHIBICIÓN DEL TIPO DE PLAN EN EL ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO (CWF) DE LA PARTE C Y D - ESTE CR ANULA Y SUBSTITUYE COMPLETAMENTE EL CR 5349

El CWF exhibe la información del número de contrato del beneficiario inscrito en la Parte C de Medicare (Medicare Advantage), incluyendo la descripción del tipo de plan asociado con el contrato. Actualmente, el CWF exhibe en gran parte la descripción HMO para estos contratos. En muchos casos, la descripción HMO es incorrecta puesto que la lista de descripciones de posibles tipos de planes ha crecido grandemente desde la creación de los programas Medicare Advantage (MA) y de la parte D de Medicare.

Esta situación ha llegado a ser muy problemática para los beneficiarios de Medicare que se inscriben en contratos MA Privados de Pago por Servicio (PFFS). Porque los contratos de PFFS se describen como HMO en el CWF, algunos proveedores no están reconociendo que pueden ofrecer servicios a estos beneficiarios. Para tratar este asunto, el Sistema de Gerencia del Plan de la Salud modificará el intercambio existente del archivo de dirección del HMO con el CWF para proveer la lista de los números de contratos y las descripciones del tipo de plan. Con estos nuevos datos, el CWF puede exhibir el tipo exacto de descripción del plan para el número del contrato.

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/MM5538.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

PART C AND D PLAN TYPE DISPLAY ON THE COMMON WORKING FILE (CWF) - THIS CR RESCINDS AND FULLY REPLACES CR 5349

CWF displays information on the Medicare Part C (Medicare Advantage) 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 descriptions has grown far larger since the creation of the Medicare Advantage (MA) and Part D programs.

This situation has become very problematic for Medicare beneficiaries who are enrolled in MA Private Fee-for-Service (PFFS) contracts. Because PFFS contracts are labeled as HMO in CWF, some providers are not recognizing that they can offer services to those beneficiaries. To address this issue, the Health Plan Management System will modify the existing HMO address file exchange with CWF to supply the list of contract numbers and their plan type descriptions. With this new data, CWF can display the precise plan type description for the contract number.

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/MM5538.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5538/trans.R1219CP/MM5538/MAR-moa

Recursos de Información y Educación para Proveedores

PRINCIPIOS DE CODIFICACIÓN Y REPORTE DE LA INICIATIVA PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL MÉDICO (PQRI)

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 5640 que provee información e instrucciones para codificar y reportar medidas de calidad en la Iniciativa para la Medición de la Calidad del Médico (PQRI). El PQRI fue creado por CMS, bajo el Título 1, Sección 101 del **Tax Relief and Health Care Act del 2006**, que establece un incentivo financiero para que los profesionales elegibles participen en un programa voluntario de reportar la calidad. Aquellos profesionales que reporten exitosamente el grupo de medidas de calidad designada, en reclamaciones con fecha de servicio desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2007 podrán recibir una bonificación, sujeta a un Cap, de 1.5 % del cargo total aprobado por servicios cubiertos bajo el manual de tarifas fijas de Medicare durante el mismo periodo.

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/MM5640.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

PHYSICIAN QUALITY REPORTING INITIATIVE (PQRI) CODING & REPORTING PRINCIPLES

This article is based on CR 5640 which provides information and instructions for coding and reporting quality measures in the Physician Quality Reporting Initiative (PQRI). The PQRI was created by CMS under Title 1, Section 101 of the 2006 Tax Relief and Health Care Act of 2006 (TRHCA), which establishes a financial incentive for eligible professionals to participate in a voluntary quality-reporting program. Eligible professionals who successfully report a designated set of quality measures on claims for dates of service from July 1 to December 31, 2007, may earn a bonus payment, subject to a cap, of 1.5% of total allowed charges for covered Medicare physician fee schedule services during that same period.

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/MM5640.pdf> on the CMS web site.

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

CR5640/Trans. 277/MM5640 ab

RESUMEN DEL PROGRAMA PQRI INICIATIVA DE REPORTE DE CALIDAD PARA MÉDICOS 2007

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, profesionales de la salud cualificados y terapeutas (según se define en la sección "**Profesionales Elegibles**", que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

PROGRAM OVERVIEW: 2007 PHYSICIAN QUALITY REPORTING INITIATIVE (PQRI)

Provider Types Affected

*Physicians, practitioners, and therapists (as defined in the "**Eligible Professionals**" section on page 2 of this article) submitting claims to Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services provided to Medicare beneficiaries.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5558, la cual provee información a nivel de resumen sobre la Iniciativa de Reporte de Calidad Para Médicos (PQRI por sus siglas en inglés). Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) invita a todos los médicos a que se familiaricen con el PQRI, su importancia y sus beneficios.

Trasfondo

CMS está desarrollando e implementando el pago por desempeño a fin de fomentar el mejoramiento de calidad y evitar costos innecesarios en el cuidado de los beneficiarios de Medicare. Los servicios médicos forman parte de un componente significativo, dentro de una iniciativa más amplia por parte de CMS, de empresas compradoras a base de valor, que también incluye a los hospitales, hogares de envejecientes, agencias de cuidados de salud en el hogar, e instalaciones de diálisis.

Introducción a la Iniciativa de Reporte de Calidad para Médicos (PQRI) 2007

El 20 de diciembre de 2006, el Presidente Bush firmó el *Tax Relief and Health Care Act del 2006*, (TRHCA por sus siglas en inglés). La División B, Título I, Sección 101 del TRHCA autoriza un incentivo financiero para profesionales elegibles para que participen en programas voluntarios de reportes de calidad. Los profesionales elegibles que decidan participar y reportar exitosamente acerca de una serie de medidas de calidad, por servicios pagados bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos, y que sometan este reporte entre el 1 de julio y el 31 de diciembre, 2007, pueden ganar una bonificación equivalente al 1.5% de los cargos sometidos durante ese período, sujeto a un límite (tope). CMS ha titulado este programa estatutorio **Iniciativa de Reporte de Calidad para Médicos** (PQRI por sus siglas en inglés).

El propósito de este documento es proveer un resumen de alta calidad sobre la iniciativa de CMS respecto a la implementación del PQRI, tal como lo establece el estatuto. Instrucciones detalladas del programa, materiales educativos

Information and Education Resources for Providers

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5558 which provides overview-level information on the Physician Quality Reporting Initiative (PQRI). The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) encourages all physicians to be familiar with the PQRI, its importance, and benefits.

Background

CMS is developing and implementing pay for performance to encourage quality improvement and avoidance of unnecessary costs in the care of Medicare beneficiaries. Physician services comprise a significant component of the larger CMS value-based purchasing enterprise initiative that also includes hospitals, nursing homes, home health agencies, and dialysis facilities.

Introduction to the 2007 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)

*On December 20, 2006, President Bush signed the Tax Relief and Health Care Act of 2006 (TRHCA). Division B, Title I, Section 101 of the TRHCA authorizes a financial incentive for eligible professionals to participate in a voluntary quality reporting program. Eligible professionals, who choose to participate and successfully report on a designated set of quality measures for services paid under the Medicare Physician Fee Schedule and provided between July 1 and December 31, 2007, may earn a bonus payment of 1.5% of their charges during that period, subject to a cap. CMS has titled the statutory program the **2007 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)**.*

The purpose of this document is to give a high-level overview of CMS' approach to 2007 PQRI implementation, as directed by the statute. Detailed program instructions, educational materials, and supportive tools

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

y herramientas de apoyo serán publicadas en el sitio Web de CMS PQRI (<http://cms.hhs.gov/PQRI>), tan pronto como estén disponibles. Este resumen del PQRI de 2007 tocará los siguientes puntos: (1) profesionales elegibles, (2) medidas de calidad, (3) forma y manera de reportar, (4) determinación de reporte exitoso, (5) pago de bonificación, (6) validación, (7) apelaciones, (8) reportes confidenciales de retroalimentación, (9) transición del PVRP 2006, y (10) consideraciones para el año 2008.

Profesionales Elegibles

El TRHCA, Sección 101, define “profesionales elegibles” según se indica a continuación:

1. Médico de Medicare, según lo define el Acta de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés), sección 1861(r):
 - Doctor en Medicina
 - Doctor en Osteopatía
 - Doctor en Medicina Podiátrica
 - Doctor en Optometría
 - Doctor en Cirugía Oral
 - Doctor en Medicina Dental
 - Quiropráctico
2. Profesionales de Salud descritos en la sección 1842(b)(18)(C) del SSA:
 - Asistente de Médico
 - Enfermero(a) Practicante
 - Enfermero(a) Clínico(a) Especialista
 - Anestesiólogo(a) Registrado(a) y Certificado(a)
 - Enfermero(a)/Partero(a) Certificado(a)
 - Trabajador(a) Social Clínico(a)
 - Psicólogo(a) Clínico(a)
 - Dietista Registrado(a)
 - Nutricionista Profesional
3. Terapistas
 - Terapeuta Físico
 - Terapeuta Ocupacional
 - Patólogo del Habla-Lenguaje Cualificado

Information and Education Resources for Providers

will be posted as they become available on the CMS PQRI website at: <http://cms.hhs.gov/PQRI>. This overview of the 2007 PQRI will address: (1) eligible professionals, (2) quality measures, (3) form and manner of reporting, (4) determination of successful reporting, (5) bonus payment, (6) validation, (7) appeals, (8) confidential feedback reports, (9) transition from the 2006 Physician Voluntary Reporting Program (PVRP), and (10) 2008 considerations.

Eligible Professionals

TRHCA Section 101 defines “eligible professional” as the following:

1. Medicare physician, as defined in Social Security Act (SSA) section 1861(r):
 - Doctor of Medicine
 - Doctor of Osteopathy
 - Doctor of Podiatric Medicine
 - Doctor of Optometry
 - Doctor of Oral Surgery
 - Doctor of Dental Medicine
 - Chiropractor
2. Practitioners described in SSA section 1842(b)(18)(C):
 - Physician Assistant
 - Nurse Practitioner
 - Clinical Nurse Specialist
 - Certified Registered Nurse Anesthetist
 - Certified Nurse Midwife
 - Clinical Social Worker
 - Clinical Psychologist
 - Registered Dietician
 - Nutrition Professional
3. Therapists:
 - Physical Therapist
 - Occupational Therapist
 - Qualified Speech-Language Pathologist

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Todos los profesionales registrados en Medicare en estas categorías son elegibles a participar en el PQRI del 2007, sin importar si el profesional ha firmado o no el acuerdo de participación de Medicare indicando aceptación de asignación en todas las reclamaciones.

Medidas de Calidad para el Proceso de Reporte

Para 2007, TRHCA, sección 101, especifica que las medidas de calidad para el PQRI serán “las medidas de calidad de médicos bajo el Programa de Reporte Voluntario de Médicos, tal como se publicó en el sitio Web de CMS a partir de la fecha de promulgación de esta sub-sección, con excepción de lo que puede ser modificado...basado en los resultados de un proceso de concenso de enero 2007...” Esta provisión se refiere a la lista de 66 medidas del Programa Voluntario de Reporte de Médicos (PVRP por sus siglas en inglés) que CMS había publicado en su sitio Web el 5 de diciembre de 2006 (ver Transición del PVRP 2006 indicada más abajo). Esta lista a la cual se refiere en el estatuto, fue expandida basada en acciones aprobadas en el proceso de consenso de la Alianza AQA del 22 de enero, 2007. El resultado produjo una Lista Final de Medidas de Calidad PQRI 2007, que se encuentra disponible en la página “Medidas/Códigos” para descargarse desde el siguiente enlace en sitio Web de CMS: www.cms.hhs.gov/PQRI.

Además, el estatuto permite modificaciones o refinamientos, tales como adiciones de código, correcciones o revisiones, a las especificaciones detalladas para medidas incluidas en la Lista Final de Medidas PQRI 2007 hasta el principio del período de reporte. La lista final de Especificaciones de Medidas de Calidad PQRI 2007 estará disponible en el sitio Web CMS PQRI mucho antes de la fecha de inicio del período de reporte establecida, 1 de julio de 2007. Las especificaciones detalladas para cada medida describen: (1) cuándo deberá reportar esa medida; y (2) cuál código de data-calidad debe reportar.

Information and Education Resources for Providers

All Medicare-enrolled professionals in these categories are eligible to participate in the 2007 PQRI, regardless of whether the professional has signed a Medicare participation agreement to accept assignment on all claims.

Quality Measures for Reporting

For 2007, TRHCA section 101 specifies that the quality measures for the PQRI shall be the “2007 physician quality measures under the Physician Voluntary Reporting Program as published on the public website of the Centers for Medicare & Medicaid Services as of the date of enactment of this subsection, except as may be changed ... based on the results of a consensus-based process in January 2007” This provision refers to the list of 66 Physician Voluntary Reporting Program (PVRP) measures that CMS had posted on its website on December 5, 2006 (see Transition from 2006 PVRP section below). The list referred to in the statute was expanded based on actions approved at the January 22, 2007 AQA Alliance consensus process. The result is a final 2007 PQRI Quality Measures List, which is available at www.cms.hhs.gov/PQRI, as a download from the Measures/Codes webpage.

In addition, the statute allows modifications or refinements, such as code additions, corrections, or revisions, to the detailed specifications for the measures included in the final 2007 PQRI Measures List until the beginning of the reporting period. The final 2007 PQRI Quality Measure Specifications will be available on the CMS PQRI website well in advance of the July 1, 2007 start date for the reporting period. The detailed specifications for each measure describe: (1) when that measure is reportable and (2) which quality-data code to report.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Antes de la fecha de inicio (1 de julio de 2007) los **profesionales elegibles** que planifican participar en el PQRI 2007, así como también su personal de oficina, deberán familiarizarse con la Lista de Medidas de Calidad PQRI, y con las especificaciones para cada medida que aplica a sus respectivas poblaciones de pacientes.

Forma y Manera de Reportar

La sección 101 del TRHCA le permite a CMS que especifique la forma y manera de reportar. Para 2007, CMS estará edificando sobre este sistema de reclamaciones basado en el reporte de calidad implementado para el PVRP 2006, que finalizó el 31 de diciembre de 2006 (vea la sección **Transición del PVRP 2006**, más adelante). Los profesionales elegibles que están participando, cuyos pacientes Medicare cumplen con las especificaciones de las medidas de calidad PQRI 2007, reportarán los códigos CPT Categoría II o los Códigos G apropiados (donde los Códigos CPT Categoría II aún no estén disponibles) en sus reclamaciones. Para fines de reportar la información de calidad, los códigos CPT Categoría II y los códigos G son códigos de HCPCS. El reporte basado en reclamaciones puede hacerse por medio de: (1) el formulario de reclamación CMS-1500 en papel, o (2) la reclamación electrónica equivalente, la 837-P.

Es importante saber que no hay necesidad de registrarse para comenzar a reportar su PQRI 2007 basado en reclamaciones.

La data aplicable sobre códigos CPT Categoría II o códigos G, debe reportarse en la misma reclamación en la que se indica el diagnóstico y el servicio prestado al paciente, a la cual aplica el código de data de calidad. Por lo tanto, los códigos de data de calidad que no son sometidos en la misma reclamación donde se indica el diagnóstico aplicable al paciente, el servicio y los códigos de procedimiento no contarán para un reporte exitoso, o para el cálculo de un pago potencial de bonificación.

Determinación de Reporte Exitoso

La descripción estatutoria de un reporte satisfactorio depende de la cantidad de medidas de calidad que son aplicables a los servicios suministrados por el profesional elegible durante

Information and Education Resources for Providers

Prior to the July 1, 2007 start date, **eligible professionals** who plan to participate in the 2007 PQRI should familiarize themselves and their office staff with the PQRI Quality Measures List and the specifications for each measure that applies to their patient populations.

Form and Manner of Reporting

TRHCA section 101 allows CMS to specify the form and manner of reporting. For 2007, CMS will be building on the claims-based quality reporting system implemented for the 2006 Physician Voluntary Reporting Program (PVRP), which ended December 31, 2006 (see Transition from 2006 PVRP section below). Participating eligible professionals whose Medicare patients fit the specifications of the 2007 PQRI quality measures will report the corresponding appropriate CPT Category II codes or G-codes (where CPT Category II codes are not yet available) on their claims. CPT Category II codes and G-codes are Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes for reporting quality data. Claims-based reporting may be via: (1) the paper-based CMS 1500 Claim form or (2) the equivalent electronic transaction claim, the 837-P.

Importantly, there is no need to enroll or register to begin claims-based reporting for 2007 PQRI.

The applicable CPT Category II code or G-code quality data must be reported on the same claim as the patient diagnosis and service to which the quality-data code applies. The analysis algorithms that determine successful reporting match the quality-data codes to the diagnosis, service, and procedure codes on the claim. Thus, quality-data codes that are not submitted on the same claim as the applicable patient diagnosis, service, and procedure codes will not count toward successful reporting or for calculation of a potential bonus payment.

Determination of Successful Reporting

The statutory description of satisfactory reporting depends on how many quality measures are applicable to the services furnished by the eligible professional during the entire reporting period

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

el período total de reporte, del 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2007. Si no hay más de tres medidas de calidad aplicables a estos servicios suministrados por el profesional elegible, entonces cada medida debe reportarse en al menos un 80% de los casos en que la medida era reportable. Si hay cuatro o más medidas de calidad aplicables a los servicios suministrados por el profesional elegible, entonces por lo menos tres medidas, seleccionadas por el profesional elegible, deben reportarse en al menos un 80% de los casos en los cuales cada medida era reportable.

Se espera que el análisis para determinar si el profesional elegible ha realizado el reporte exitosamente, se lleve a cabo a nivel del profesional elegible, utilizando el Identificador Nacional de Proveedor (NPI por sus siglas en inglés) a nivel individual. El NPI individual del profesional elegible debe ser listado conjuntamente con los códigos HCPCS de servicios, procedimientos y data de calidad en la reclamación. Por lo tanto, para poder participar en el PQRI del 2007, los profesionales elegibles necesitan tener su NPI a nivel individual, y deben utilizar sus NPI's consistentemente a fin de poder identificar sus servicios, procedimientos y códigos de data de calidad correctamente, para así lograr una determinación precisa de reporte satisfactorio.

Los profesionales elegibles seleccionan las medidas de calidad aplicables a sus respectivas prácticas. Si un profesional elegible somete data para una medida de calidad, luego se presume que esa es la medida aplicable para propósitos de determinar un reporte satisfactorio. CMS recomienda que los profesionales elegibles reporten sobre cada una de las medidas de calidad que aplica a sus respectivas poblaciones de pacientes con el fin de: (1) aumentar la posibilidad de llegar al 80% de requisito de reporte satisfactorio para el número de medidas requeridas, y (2) para aumentar la posibilidad de que no serán afectados por el límite (tope) en el pago de bonificación.

A medida que las instrucciones detalladas, los materiales educativos y las herramientas de apoyo sobre reporte exitoso de reclamaciones estén disponibles, las mismas serán publicadas en el sitio Web PQRI de CMS en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>.

Information and Education Resources for Providers

of July 1-December 31, 2007. If there are no more than three quality measures applicable to the services provided by the eligible professional, then each measure must be reported for at least 80% of the cases in which the measure was reportable. If there are four or more quality measures applicable to the services provided by the eligible professional, then at least three measures, selected by the eligible professional, must be reported for at least 80% of the cases in which each measure was reportable.

The analysis of whether an eligible professional has successfully reported is expected to be performed at the individual eligible professional level using the individual-level National Provider Identifier (NPI). The eligible professional's individual NPI must be listed along with the HCPCS codes for services, procedures, and quality data on the claim. Thus, to participate in the 2007 PQRI, eligible professionals must have their individual-level NPIs and must consistently use their individual NPIs to correctly identify their services, procedures, and quality-data codes for an accurate determination of satisfactory reporting.

Eligible professionals select the quality measures that are applicable to their practices. If an eligible professional submits data for a quality measure, then that measure is presumed to be applicable for the purposes of determining satisfactory reporting. CMS recommends that eligible professionals report on every quality measure that is applicable to their patient populations to: (1) increase the likelihood that they will reach the 80% satisfactorily reporting requirement for the requisite number of measures and (2) increase the likelihood that they will not be affected by the bonus payment cap.

As detailed instructions, education, and tools to support successful claims-based reporting become available, they will be posted on the CMS PQRI website at <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Pago por Reportar

Los profesionales elegibles participantes del programa que reporten exitosamente, según lo indica el TRHCA, sección 101, pueden ganar un 1.5% de bonificación, sujeta a un límite (tope). La bonificación potencial del 1.5% se basará en los cargos permitidos para servicios profesionales cubiertos: (1) suministrados durante el período de reporte entre el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2007, (2) recibidos en el archivo de Historial Nacional de Reclamaciones (NCH por sus siglas en inglés) de CMS para el 29 de febrero, 2008, y (3) pagaderos bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos. Debido a que el tiempo de procesamiento de las reclamaciones puede variar de acuerdo a la época del año y dependiendo de los Contratistas de Medicare y Contratistas Administrativos MAC, los profesionales elegibles que participen deben someter sus reclamaciones de finales del 2007 a la mayor brevedad posible, de modo que esas reclamaciones lleguen al archivo de NCH antes de la fecha límite (29 de febrero de 2008). Las bonificaciones se pagarán a mediados del 2008, en un solo pago global. No existe un co-pago de beneficiario ni Aviso al Beneficiario respecto a estos pagos de bonificación.

La bonificación aplicará a los cargos permitidos para todos aquellos servicios profesionales cubiertos, no solamente aquellos cargos asociados con el reporte de medidas de calidad. El término “**cargos permitidos**” se refiere a los cargos totales, incluyendo el deducible y el co-pago del beneficiario, y no solamente al 80% pagado por Medicare, o la porción cubierta por Medicare cuando Medicare es el pagador secundario. Observe que las cantidades facturadas por encima de las cantidades de tarifa fija para médicos para reclamaciones asignadas y no-asignadas, no aplican a la bonificación. El estatuto define los servicios cubiertos de PQRI como aquellos servicios pagados solamente bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos, que incluye los componentes técnicos de servicios de diagnóstico y servicios de anestesia, ya que los servicios de anestesia se consideran servicios de tarifa fija, aún cuando se basan en una metodología única. Otros servicios y artículos de la Parte B que pueden facturar los profesionales elegibles, pero

Information and Education Resources for Providers

Payment for Reporting

Participating eligible professionals who successfully report as prescribed by TRHCA section 101 may earn a 1.5% bonus, subject to cap. The potential 1.5% bonus will be based on allowed charges for covered professional services: (1) furnished during the reporting period of July 1 through December 31, 2007, (2) received into the CMS National Claims History (NCH) file by February 29, 2008, and (3) paid under the Medicare Physician Fee Schedule. Because claims processing times may vary by time of the year and Medicare Carrier/Medicare Administrative Contractor (MAC), participating eligible professionals should submit claims from the end of 2007 promptly, so that those claims will reach the NCH file by February 29, 2008. Bonuses will be paid as a lump sum in mid-2008. There is no beneficiary co-payment or notice to the beneficiary regarding the bonus payments.

*The bonus will apply to allowed charges for all covered professional services, not just those charges associated with reported quality measures. The term “**allowed charges**” refers to total charges, including the beneficiary deductible and copayment, not just the 80% paid by Medicare or the portion covered by Medicare where Medicare is the secondary payer. Note that the amounts billed above the physician fee schedule amounts for assigned and non-assigned claims will not apply to the bonus. The statute defines PQRI covered services as those paid under the Physician Fee Schedule only, which includes technical components of diagnostic services and anesthesia services, as anesthesia services are considered fee schedule services though based on a unique methodology. Other Part B services and items that may be billed by eligible professionals but are not paid under*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

que no son pagados bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos (tales como los servicios clínicos de laboratorio, medicamentos facturados por los médicos, y servicios de Centros Rurales de Salud/ Centros de Salud Cualificados por el Gobierno Federal), no aplican a esta bonificación.

Un límite (tope) en el pago que reduciría la bonificación potencial por debajo del 1.5% de los cargos permitidos puede aplicar en situaciones donde un profesional elegible reporta relativamente pocas instancias de data sobre medidas de calidad. Los límites a los profesionales elegibles se calculan: (1) multiplicando el total de instancias en las que reportó data de calidad para todas las medidas (sin limitarse solamente a medidas que alcanzan el umbral del 80%), (2) multiplicando por una constante de 300%, y (3) multiplicando el promedio nacional por la cantidad de pago de cada medida.

El promedio nacional del pago por medida es un valor específico para todas las medidas y todos los participantes, y se calcula: (1) dividiendo la cantidad total de los cargos permitidos bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos para todos los servicios profesionales cubiertos que fueron suministrados durante el período de reporte en reclamaciones para las cuales se sometieron medidas de calidad por parte de todos los participantes en el programa y, (2) dividiendo el número total de instancias para las cuales se reportó data por parte de todos los participantes en el programa, para todas las medidas, durante el período de reporte. (Observe que el cálculo del promedio nacional por cantidad de pago por medida solamente toma en consideración los cargos en reclamaciones por las cuales se reportaron medidas de calidad, mientras que el cálculo de bonificación individual toma en consideración los cargos por todos los servicios suministrados durante el período de reporte). Por lo tanto, aunque el propósito del límite (tope) está claro, no es posible determinar el impacto de dicho límite hasta que el promedio nacional por cantidad de pago, por medida, pueda calcularse al final del período de reporte.

La Sección 101 del TRHCA, especifica que sólo para el año 2007, CMS debe utilizar el Número de Identificación del Contribuyente (TIN por sus siglas

Information and Education Resources for Providers

the Physician Fee Schedule, such as clinical laboratory services, pharmaceuticals billed by physicians, and Rural Health Center/ Federally Qualified Health Center services, do not apply to the bonus.

A payment cap that would reduce the potential bonus below 1.5% of allowed charges may apply in situations where an eligible professional reports relatively few instances of quality measure data. Eligible professionals' caps are calculated by multiplying: (1) their total instances of reporting quality data for all measures (not limited only to measures meeting the 80% threshold), by (2) a constant of 300%, and by (3) the national average per measure payment amount.

The national average per measure payment amount is one value for all measures and all participants that is calculated by dividing: (1) the total amount of allowed charges under the Physician Fee Schedule for all covered professional services furnished during the reporting period on claims for which quality measures were reported by all participants in the program by (2) the total number of instances for which data were reported by all participants in the program for all measures during the reporting period. (Note that the national average per measure payment amount calculation only takes into account the charges on claims for which quality measures were reported, whereas the individual bonus calculation takes into account charges for all services furnished during the reporting period.) Thus, while the purpose of the cap is clear, it is not possible to determine the impact of the cap until the national average per measure payment amount can be calculated after the end of the reporting period.

TRHCA section 101 specifies that for 2007, CMS must use the Taxpayer Identification Number (TIN) as the billing unit, so any bonuses earned will be paid to the TIN holder

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

en inglés) como la unidad de facturación, por lo que, cualquier bonificación ganada se pagará al tenedor del TIN que se muestra en el expediente. Aunque el análisis de reporte satisfactorio se realizará a nivel individual del profesional elegible, utilizando la data de NPI de nivel individual (según se discutió anteriormente en la sección **Forma y Manera de Reportar**), las bonificaciones se pagarán al tenedor del TIN, añadiendo bonificaciones individuales para grupos que facturan bajo un mismo TIN. Para profesionales elegibles que someten reclamaciones haciendo uso de múltiples TINs, CMS planifica agrupar las reclamaciones por TIN, para propósitos de pago. Como resultado, un proveedor con múltiples TINs, que cualifica para un pago de bonificación bajo más de un TIN, recibirá un pago de bonificación por separado asociado con cada TIN.

En situaciones donde los profesionales elegibles que son empleados o contratistas, han asignado sus pagos a sus empleados o establecimientos, el estatuto especifica que cualquier pago de bonificación ganado se pagará a los empleadores o establecimientos.

Validación

La Sección 101 del TRHCA requiere que CMS valide, mediante muestreo u otros modos, si las medidas de calidad aplicables a los servicios suministrados por un profesional elegible participante han sido reportadas o no. CMS planifica enfocarse en situaciones donde los profesionales elegibles han reportado exitosamente menos de tres medidas de calidad. Si CMS encuentra que aquellos profesionales elegibles que reportaron menos de tres medidas de calidad no han reportado medidas adicionales que también aplican a los servicios que ellos suministraron durante el período de reporte, entonces CMS no puede realizar el pago de bonificación de incentivo a esos profesionales elegibles.

Apelaciones

El estatuto establece de manera específica, que no habrá ninguna revisión de determinación administrativa ni judicial de: (1) medidas de

Information and Education Resources for Providers

of record. Though the analysis of satisfactory reporting will be performed at the individual eligible professional level using individual-level NPI data (as discussed above in the Form and Manner of Reporting section), bonuses will be paid to the holder of the TIN, aggregating individual bonuses for groups that bill under one TIN. For eligible professionals who submit claims under multiple TINs, CMS plans to group claims by TIN for payment purposes. As a result, a provider with multiple TINs who qualifies for the bonus payment under more than one TIN will receive a separate bonus payment associated with each TIN.

In situations where eligible professionals who are employees or contractors have assigned their payments to their employers or facilities, the statute specifies that any bonus payment earned will be paid to the employers or facilities.

Validation

TRHCA section 101 requires CMS to validate, using sampling or other means, whether quality measures applicable to the services furnished by a participating eligible professional have been reported. CMS plans to focus on situations where eligible professionals have successfully reported fewer than three quality measures. If CMS finds that eligible professionals who have reported fewer than three quality measures have not reported additional measures that are also applicable to the services they furnished during the reporting period, then CMS cannot pay those eligible professionals the bonus incentive payment.

Appeals

The statute specifically states that there shall be no administrative or judicial review of the determination of: (1) quality measures applicable to services furnished by eligible professionals, (2) satisfactory reporting, (3)

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

calidad aplicables a servicios suministrados por profesionales elegibles, (2) reportes satisfactorios, (3) el límite de pago o tope, o (4) el pago de incentivo de bonificación. Sin embargo, CMS establecerá un proceso para profesionales elegibles que deseen investigar estos asuntos.

Informes Confidenciales de Retroalimentación

CMS proveerá informes confidenciales de retroalimentación a los profesionales elegibles participantes al momento o cerca del tiempo en que los pagos de bonificación total se realicen (a mediados del 2008). No habrá retroalimentación interina durante el 2007. La información de calidad reportada bajo el PQRI del 2007 no estará disponible al público general.

El acceso a informes confidenciales de retroalimentación puede requerir que los profesionales elegibles lleven a cabo un proceso de verificación de identidad de usuario para obtener un número de identificación para poder registrarse, y una contraseña que facilite el acceso seguro a la información. Sin embargo, este proceso no es necesario para participar del PQRI 2007, o para recibir el pago de bonificación.

Transición del Programa PVPR 2006

El PQRI del 2007 edificará sobre y sustituirá el Programa Voluntario de Reporte de Médicos (PVRP) del 2006, que fue implementado como el primer paso hacia el pago por desempeño de los servicios médicos. Para servicios prestados a beneficiarios de Medicare entre el 1 de enero hasta el 31 de diciembre, 2006, los médicos podían reportar voluntariamente a CMS un conjunto inicial de 16 medidas de desempeño (basado en evidencia) que capturaban data sobre la calidad de los cuidados de salud prestados. La data fue recopilada por medio de reclamaciones que utilizaron los códigos CPT Categoría II y los Códigos G, donde los códigos CPT no estaban disponibles. En diciembre de 2006, CMS suministró informes confidenciales de retroalimentación que contenían tasas de reporte y desempeño a los médicos que habían sometido reportes de data de desempeño durante el segundo trimestre del año calendario

Information and Education Resources for Providers

the payment limitation or cap, or (4) the bonus incentive payment. However, CMS will establish a process for eligible professionals to inquire about these matters.

Confidential Feedback Reports

CMS will provide confidential feedback reports to participating eligible professionals at or near the time that the lump sum bonus payments are made in mid-2008. There will be no interim feedback during 2007. Quality data reported under the 2007 PQRI will not be publicly reported.

Access to confidential feedback reports may require eligible professionals to complete an identity-verification process to obtain a login identification and password for a secure interface. However, this process is not required to participate in the 2007 PQRI or to receive a bonus payment.

Transition from the 2006 Physician Voluntary Reporting Program (PVRP)

The 2007 PQRI will build on and replace the 2006 Physician Voluntary Reporting Program (PVRP), which was implemented as the first step toward pay for performance for physician services. For services provided to Medicare beneficiaries from January 1 through December 31, 2006, physicians were able to voluntarily report to CMS a starter set of 16 evidence-based performance measures that captured quality of care data. The data were collected via claims using CPT Category II codes and G-codes where CPT codes were not yet available. In December 2006, CMS provided confidential feedback reports containing reporting and performance rates to the physicians who had submitted performance data during the second calendar quarter of 2006. Though PVRP ended

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

2006. Aunque el PVRP concluyó el 31 de diciembre de 2006, los informes de retroalimentación sobre servicios prestados durante el tercer y cuarto trimestre del año calendario 2006 estarán disponibles durante el 2007.

Consideraciones para el año 2008

Para el 2008, las medidas de calidad para profesionales elegibles deben ser propuestas y finalizadas mediante reglamentación. De acuerdo al estatuto, las medidas deberán: (1) ser adoptadas o endosadas por una organización de consenso, tal como el AQA Alliance o el National Quality Forum (NQF), (2) incluir medidas que han sido sometidas por una especialidad médica, (3) ser identificado por CMS como que tiene un proceso basado en consenso para desarrollo, y (4) incluir medidas estructurales, tales como el uso de récords de salud electrónicos y el uso de tecnología para el proceso de recetar a un paciente. Las medidas propuestas para el 2008 deben ser publicadas para el 15 de agosto de 2007 y finalizadas para el 15 de noviembre de 2007.

Aún a pesar de que el tiempo para la implementación del PQRI del 2007 no permitirá que CMS ofrezca un reporte basado en registro, o basado en un reporte de reclamaciones electrónicas para el 2007, CMS está explorando el uso de estos mecanismos de reporte para el año 2008. CMS ya ha comenzado una serie de reuniones con representantes de médicos, juntas de médicos, prácticas grupales, y terapeutas para discutir cómo CMS puede promover el uso de especificaciones estandarizadas para lograr un proceso de reporte electrónico y centralizado.

Información Adicional

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

Information and Education Resources for Providers

December 31, 2006, feedback reports for services provided during the third and fourth calendar quarters of 2006 will be made available during 2007.

2008 Considerations

For 2008, quality measures for eligible professionals must be proposed and finalized through rulemaking. According to the statute, the measures shall: (1) have been adopted or endorsed by a consensus organization, such as the AQA Alliance or National Quality Forum (NQF), (2) include measures that have been submitted by a physician specialty, (3) be identified by CMS as having used a consensus-based process for development, and (4) include structural measures, such as the use of electronic health records and electronic prescribing technology. The proposed 2008 quality measures set must be published by August 15, 2007 and finalized by November 15, 2007.

Though the short lead time for implementation of the 2007 PQRI will not allow CMS to offer registry-based or electronic health record-based reporting for 2007, CMS is exploring the use of these reporting mechanisms for 2008. CMS has already begun a series of meetings with representatives of physicians, medical boards, group practices, and therapists to discuss how CMS can promote the use of standardized specifications for centralized, electronic reporting.

Additional Information

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

MM5558/March 9, 2007/ml-snp

Recursos de Información y Educación para Proveedores

MODIFICACIÓN AL MODELO DE LA NOTIFICACIÓN DE REDETERMINACIÓN DE MEDICARE CUANDO EL LUGAR DE SERVICIOS ES EN: DELAWARE, KENTUCKY, PUERTO RICO, VIRGINIA, Y/O LAS ISLAS VÍRGENES DE LOS E.U.

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 Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME/MACs por sus siglas en inglés], Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero [DMERCs por sus siglas en inglés], y/o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés]).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

CMS ha publicado el CR 5554 a fin de modificar el Formulario de Petición de Reconsideración, y para enmendar las localidades de archivo ALJ.

Lo Que Usted Necesita Saber

Los proveedores y suplidores tienen que resometer documentación al solicitar una reconsideración de Contratista Independiente Cualificado (QIC por sus siglas en inglés) si la documentación fue sometida previamente como parte del proceso de redeterminación. Esta documentación es enviada al QIC como parte del archivo de caso utilizado en el proceso de reconsideración. Asegúrese de someter cualquier evidencia adicional antes de la decisión de reconsideración. Si no se somete toda la evidencia adicional antes de que se emita una decisión de reconsideración, usted no podrá someter ninguna evidencia nueva al ALJ, ni podrá presentar apelaciones en el futuro, a menos que pueda demostrar que hubo razón justificada para retener la evidencia del QIC.

Information and Education Resources for Providers

MODIFICATION TO THE MODEL MEDICARE REDETERMINATION NOTICE FILING LOCATIONS WHERE THE PLACE OF SERVICE WAS IN DELAWARE, KENTUCKY, PUERTO RICO, VIRGINIA, &/OR THE US VIRGIN ISLANDS

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), DME Medicare Administrative contractors (DME/MACs), durable medical equipment regional carriers (DMERCs), and/or regional home health intermediaries (RHHIs)).

Provider Action Needed

The Centers for Medicaid & Medicare Services (CMS) issued change request (CR) 5554 in order to modify the Reconsideration Request Form and to amend the ALJ filing locations.

What You Need to Know

Providers and suppliers do not need to resubmit documentation when requesting a Qualified Independent Contractor (QIC) reconsideration if the documentation was previously submitted as part of the redetermination process. This documentation is forwarded to the QIC as part of the case file utilized in the reconsideration process. Make certain that any additional evidence is submitted prior to the reconsideration decision. If all additional evidence is not submitted prior to issuance of the reconsideration decision, you will not be able to submit any new evidence to the ALJ or further appeal unless you can demonstrate good cause for withholding the evidence from the QIC.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Este al tanto, que cuando el servicio fue rendido en **Delaware, Kentucky, Virginia, Puerto Rico y/o las Islas Vírgenes de E.U.**, la jurisdicción para solicitar una audiencia antes un ALJ **son modificadas** para identificar la localidad apropiada de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA por sus siglas en inglés). Todas las demás jurisdicciones permanecen sin cambio.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que su personal de facturación u otro personal que maneja las peticiones de reconsideración en su oficina tenga conocimiento sobre de estos cambios.

Trasfondo

EICR5554 es el documento oficial que anuncia estos cambios en los procesos de Medicare. Adjunto a este CR usted encontrará tres (3) documentos que le ayudarán con el proceso de apelaciones:

1. Un formato de carta titulada "*Decisión de Apelación de Medicare*";
2. Una hoja detallando *Información Importante Acerca De Sus Derechos de Apelación*; y
3. Un Formulario de **Petición de Reconsideración** que contiene instrucciones introductorias revisadas de la siguiente manera: "*Como mínimo, usted debe cumplimentar/incluir información para los campos 1, 2a, 6 y 7; pero a fin de ayudarnos a servirle mejor, por favor incluya una copia de la notificación de redeterminación que usted recibió junto a su petición de reconsideración.*"

Las jurisdicciones revisadas para someter documentación al solicitar una audiencia antes un ALJ son las siguientes:

- **Cleveland, Ohio** es la ubicación de archivos para servicios prestados en **Delaware y Kentucky**.
- **Arlington, Virginia** es la ubicación para servicios prestados en **Virginia**, y

Information and Education Resources for Providers

*Be aware that when the service was rendered in **Delaware, Kentucky, Virginia, Puerto Rico, and/or the US Virgin Islands**, the filing locations for ALJ requests **are modified** to identify the appropriate Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA) field office. All other jurisdictions remain unchanged.*

What You Need to Do

Make certain that your billing staff or other staff that handle reconsideration requests for you are aware of these changes.

Background

CR5554 is the official document that announces these changes in Medicare processes. Attached to this CR are three documents that assist with the appeals process:

1. A sample form letter titled: *Medicare Appeal Decision*,
2. A paper outlining *Important Information About Your Appeal Rights*, and
3. A modified **Reconsideration Request Form** containing revised introductory instructions, as follows: "*At a minimum, you must complete/include information for items 1, 2a, 6, and 7 but to help us serve you better, please include a copy of the redetermination notice you received with your reconsideration request.*"

The revised filing locations for sending documentation for requesting ALJ hearings are as follows:

- **Cleveland, Ohio** is the filing location for services rendered in **Delaware and Kentucky**,
- **Arlington, Virginia** for services in **Virginia**, and

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Miami, Florida**, para servicios prestados en **Puerto Rico y en las Islas Vírgenes de EU**.

La siguiente tabla indica las direcciones de todas las ubicaciones de archivos con el correspondiente lugar del servicio.

Information and Education Resources for Providers

- **Miami, Florida** for services in **Puerto Rico and the US Virgin Islands**.

The following table lists the addresses of all filing locations along with the place of service.

HHS OMHA Field Office & Mailing Address	Jurisdiction (Based on the place of service)				
Cleveland, OH BP Tower & Garage 200 Public Square, Suite 1300 Cleveland, OH 44114-2316	Connecticut Maine Massachusetts New Hampshire Rhode Island Vermont	New York New Jersey Puerto Rico Virgin Islands	Pennsylvania Delaware West Virginia Kentucky	Illinois Indiana Ohio Michigan Minnesota Wisconsin	
Miami, FL 100 SE 2nd Street, Suite 1700 Miami, FL 33131-2100	Alabama Florida Georgia Mississippi North Carolina South Carolina Tennessee	Arkansas Louisiana New Mexico Oklahoma Texas Puerto Rico US Virgin Islands			
Irvine, CA 27 Technology Drive, Suite 100 Irvine, CA 92618-2364	Iowa Kansas Missouri Nebraska	Colorado Montana North Dakota South Dakota Utah Wyoming	Arizona California Hawaii Nevada Guam Trust Territory of the Pacific Islands American Samoa	Alaska Idaho Oregon Washington	
Arlington, VA 1700 N. Moore St., Suite 1600 Arlington, VA 22209	Virginia Maryland District of Columbia				

Información Adicional

Para detalles completos sobre el CR5554, enviado a su Contratista, FI, A/B MAC, DME MAC, DMERC o RHHI de Medicare, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1229CP.pdf>.

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

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5554) issued to your Medicare carrier, FI, A/B MAC, DME MAC, DMERC, or RHHI. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1229CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5554/April 27, 2007/ml-dg

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

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

MEDIDA DE DENSIDAD ÓSEA EN LOS HUESOS (BMMS, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Este artículo fue revisado el 29 de mayo de 2007 para añadir el código CPT **G0130** a la lista de códigos CPT que se denegarán cuando se utiliza para monitorear la terapia de medicamento para tratar osteoporosis con excepción de la absorciometría por rayos x de energía dual (página 3 **en negrillas**). El resto de información permanece igual.

Cambios implementados en las condiciones de cubierta para los estudios que miden la densidad de masa ósea en los huesos (BMMs, según sus siglas en inglés) emitidos en el Federal Register Final Rule (71 FR 69624) del 1 de diciembre de 2006. Toda la información de la política de beneficio contenida anteriormente ha sido removida a la Publicación 100-02, Capítulo 15, Sección 80.5.

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/MM5521.pdf>.

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

Medical Policy

BONE MASS MEASUREMENTS (BMMS)

*This article was revised May 29, 2007, to add CPT code **G0130** to the list of CPT codes that will be denied when a procedure other than dual-energy x-ray absorptiometry is used to monitor osteoporosis drug therapy (page 3 in **bold**). All other information remains the same.*

Implements changes in conditions for coverage of BMMs issued in the Federal Register Final Rule (71 FR 69624) on December 1, 2006. All benefit policy information formerly contained here has been moved to Pub. 100-02, chapter 15, section 80.5.

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/MM5521.pdf> on the CMS web site.

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

CR5521/trans.1236/MM5521/MAR

REVISIÓN A LOS CÓDIGOS HCPCS RELACIONADOS CON INMUNO GLOBULINA

Implementación de cambios en los códigos HCPCS para Inmuno Globulina, vigentes el 1 de julio de 2007.

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/MM5635.pdf>.

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

REVISED HCPCS CODES RELATING TO IMMUNE GLOBULIN

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/MM5635.pdf> on the CMS web site.

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

CR5635/Trans.R1261CP/MM5635/MAR

Política Médica

DIRECTRICES DE PAGO PARA EL ADIESTRAMIENTO DEL AUTO MANEJO DE LA DIABETES (DSMT)

Este artículo fue revisado el 29 de mayo de 2007 para reflejar los cambios realizados al CR5433, el cual se revisó el 25 de mayo de 2007. El CR5433 fue revisado para indicar que los hospitales sujetos a OPPS serían pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare cuando facturen los códigos G0108 y G0109 en un tipo de facturación 12x ó 13x. También, se revisaron los números de transmisión del CR y la fecha de publicación y la dirección electrónica para acceder al CR5433.

El requisito de negocio 5433.2 se removió. Además, en la sección 120.1 del capítulo 18, el método de pago para hospitales sujetos a OPPS ha sido cambiado de OPPS a MPFS. El resto de información permanece igual.

Esta instrucción corrige, aclara y provee directrices de pago para los servicios del auto manejo de la diabetes en varios lugares institucionales de proveedores. No se establecieron códigos nuevos, pero sí se modificó un error existente de un código.

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/MM5433.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

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

This article was revised on May 29, 2007 to reflect changes made to CR5433, which was revised on May 25, 2007. The CR5433 was revised to show that hospitals subject to the OPPS will be paid under the Medicare Physician Fee Schedule when billing G0108 and G0109 on a type of bill 12X or 13X. The article has been revised accordingly. Also, the CR transmittal numbers and release date and the web address for accessing CR5433 have been revised. All other information remains the same.

Business Requirement 5433.2 has been removed. Additionally, in section 120.1 of chapter 18, the payment Method for Hospitals subject to OPPS has been changed from OPPS to MPFS.

This instruction corrects, clarifies and provides guidelines for the payment of DSMT services in various institutional provider settings. No new codes are being established.

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/MM5433.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5433/Trans.R1255&R72BP/MM5433

GUÍAS DE CUBIERTA PARA SERVICIOS DEL CUIDADO DEL PIE

Este artículo está dirigido a los proveedores que facturan a Medicare por servicios para el cuidado del pie. El mismo es un repaso de la política existente. Este artículo cubre el cuidado de rutina del pie al igual que el cuidado relacionado con condiciones fundamentales que afecta el organismo tal como enfermedades metabólicas, neurológicas y periférico vasculares, o heridas, úlceras, e infecciones.

FOOT CARE COVERAGE GUIDELINES

This article is directed to those providers billing Medicare for foot care services. It is an overview of existing policy. It covers routine care of the foot as well as care related to underlying systemic conditions such as metabolic, neurological or peripheral vascular disease, or injury, ulcers, wounds, and infections.

Cont. on next page

Política Médica

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/SE0707.pdf>.

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

Medical Policy

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/SE0707.pdf> on the CMS web site.

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

SE-0707 ab

ACLARACIÓN A LA INSTRUCCIÓN DEL MANUAL RELACIONADA AL ALCANCE DEL BENEFICIO DE RAYOS X PORTÁTIL

Actualmente el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Captulo 15 Sección 80.4.3, relacionado al alcance del beneficio de rayos x portátil, no está en acuerdo con la reglamentación en el 42 CFR 410.32(c) (3) (i). La sección del manual indica que “imágenes del esqueleto que comprenden los brazos y piernas” están cubiertas bajo el beneficio de rayos x portátil. Por lo tanto, para que el manual y la reglamentación concuerden, se está revisando la sección para indicar que el beneficio incluye imágenes del “esqueleto incluyendo las extremidades”. A pesar de que la diferencia en el lenguaje es mínima, el uso del termino “extremidades” en el manual, en lugar de “brazos y piernas”, extiende la cubierta más allá de los “brazos y piernas” a manos, pies, dedos del pie, dedos de la mano, muñeca y tobillo. También se está añadiendo lenguaje para incluir la cubierta del mamograma diagnóstico, cuando se cumpla con ciertos requisitos.

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/MM5536.pdf>.

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

CLARIFICATION OF MANUAL INSTRUCTION REGARDING THE SCOPE OF PORTABLE X-RAY BENEFIT

Currently the Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, chapter 15, section 80.4.3, relating to the scope of portable x-ray benefit is not completely consistent with regulations at 42 CFR 410.32(c)(3)(i). The manual section states that “skeletal films involving arms and legs” are covered services under the portable x-ray benefit. In order for the manual to conform to the regulations, this section of the manual is being revised to state that the benefit includes “skeletal films involving extremities”. Although, the language differences are slight, the use of “extremities” in the regulation instead of “arms and legs” delineates coverage beyond “arms and legs” to the hands, feet, toes, fingers, wrist and ankle. Language is also being added to include the coverage of diagnostic mammograms.

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/MM5536.pdf> on the CMS web site.

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

CR5536/Trans. 71/MM5536 ab

Política Médica

FOTOFERESIS EXTRACORPÓREA

Este artículo anuncia que vigente para servicios prestados a partir del 19 de diciembre de 2006 se expandió la cubierta de fotoferesis (también conocida como fotoquimioterapia) extracorpórea para incluir pacientes con un rechazo agudo de aloinjerto cardiaco y rechazo crónico del injerto por el huésped cuya enfermedad es intratable al tratamiento estándar de medicamentos inmunosupresores.

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/MM5464.pdf>.

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

Medical Policy

EXTRACORPOREAL PHOTOPHERESIS

This article announces that effective for dates of services on or after December 19, 2006, coverage of extracorporeal photopheresis has been expanded to include patients with acute cardiac allograft rejection and chronic graft versus host disease whose disease is refractory to standard immunosuppressive drug treatment.

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/MM5464.pdf> on the CMS web site.

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

CR5464/Trans. 1206CP and R66NCD/MM5464 ab

DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 5516 que anuncia que a partir del 27 de marzo de 2007, se establecieron nuevos criterios para instalaciones donde se implantan Dispositivo de Asistencia Ventricular. Por ende, los hospitales deben recibir certificación del *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* bajo el *Disease Specific Certification Program* para Dispositivos de Asistencia Ventricular (VAD). El criterio nuevo aplica a hospitales que implantan el VAD a pacientes que no son elegibles al trasplante de corazón.

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/MM5516.pdf>.

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

VENTRICULAR ASSIST DEVICES (VADS)

This article is based on Change Request (CR) 5516 which announces that, effective March 27, 2007, new facility criteria are established and hospitals must receive certification from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) under their Disease Specific Certification Program for Ventricular Assist Devices (VADs). The new criteria apply to hospitals that implant VADs for the destination therapy indication.

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/MM5516.pdf> on the CMS website.

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

CR5516/Trans. R68NCD/MM5516/ab

Política Médica

ACTUALIZACIÓN DEL INTERNET ONLY MANUAL PUBLICACIÓN 100-04, CAPÍTULO 18, SECCIÓN 60.1 RELACIONADO A LOS SERVICIOS DIAGNÓSTICOS COLORECTALES

La publicación 100-04, capítulo 60, sección 60.1 sugiere que no se aplique el requisito del deducible anual de la Parte B para los servicios diagnósticos colorectales. La sección 5113 del Deficit Reduction Act del 2005 suspende el requisito de deducible para los servicios de cernimiento colorectal, no para los servicios diagnósticos colorectales. El deducible de la Parte B aún aplica a servicios diagnósticos colorectales, códigos 45330, 45378 y 74280. Esta petición de cambio actualiza el manual y aclara el requisito del deducible anual de la Parte B para servicios diagnósticos colorectales.

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/MM5541.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

UPDATE TO INTERNET-ONLY-MANUAL (IOM) PUBLICATION 100-04, CHAPTER 18, SECTION 60.1 REGARDING COLORECTAL SCREENING SERVICES

Publication 100-04, chapter 60, section 60.1 suggests that the requirement for annual Part B deductible for diagnostic colorectal services is waived. Section 5113 of the Deficit Reduction Act of 2005 waived the requirement for deductible for screening colorectal services, not diagnostic colorectal services. Part B deductible still applies to diagnostic colorectal services codes 45330, 45378, and 74280. This Change Request updates the manual to clarify the requirement for the annual Part B deductible for diagnostic colorectal services.

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/MM5541.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5541/trans.R1217CP/MM5541

REQUISITO PARA PROVEER CÓDIGOS DE VÍA DE ADMINISTRACIÓN PARA ESTIMULAR ERITROPOYESIS

Este CR da instrucciones a todos los proveedores del nuevo requisito para proporcionar los códigos de vía de administración en reclamaciones que reportan los agentes que estimulan la erythropoiesis (ESAs) administrados a pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD).

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/MM5480.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

REQUIREMENT FOR PROVIDING ROUTE OF ADMINISTRATION CODES FOR ERYTHROPOIESIS STIMULATING

This CR instructs all providers and suppliers on new requirements for providing route of administration codes on claims for erythropoiesis stimulating agents (ESAs) administered to end stage renal disease (ESRD) patients.

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/MM5480.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5480/trans.1212/MM5480/MAR

Política Médica

CÁNCER COLORECTAL: PREVENTIVO, TRATABLE Y COMBATIBLE CUBIERTA Y FACTURACIÓN PARA LA EXPLORATORIA DE CÁNCER COLORECTAL PROVISTA POR MEDICARE -- MARZO ES EL MES NACIONAL PARA LA CONCIENCIACIÓN SOBRE EL CÁNCER COLORECTAL

Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) quisiera recordarles a los proveedores a que alienten a los pacientes que sean elegibles, mayores de 50 años, a que se realicen la exploratoria de cáncer colorectal. Este artículo de edición especial MLN Matters resalta los cambios en la cubierta que fueron efectivos el 1 de enero de 2007 y repasa la cubierta de Medicare y los procesos de facturación para las exploratorias de cáncer colorectal.

Medicare ha cubierto las exploratorias de cáncer colorectal desde 1998, pero el beneficio se ha utilizado muy poco. Datos de reclamaciones del 1998 – 2002, indican que menos de la mitad de los beneficiarios de Medicare se realizó una prueba exploratoria durante este periodo de cinco años, y menos de un tercio fueron examinados de acuerdo a los intervalos recomendados. Por tanto, asegúrese que su personal administrativo conozca acerca de esta cubierta y CMS le urge que aliente a sus pacientes a que tomen ventaja de esta importante cubierta.

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/SE0710.pdf>.

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

Medical Policy

COLORECTAL CANCER: PREVENTABLE, TREATABLE, AND BEATABLE MEDICARE COVERAGE AND BILLING FOR COLORECTAL CANCER SCREENING MARCH IS NATIONAL COLORECTAL CANCER AWARENESS MONTH

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) would like to remind providers to encourage their eligible patients, age 50 and older, to get screened for colorectal cancer. This Special Edition MLN Matters article highlights coverage changes that became effective January 1, 2007 and reviews Medicare coverage and billing processes for colorectal cancer screening.

Medicare has covered colorectal cancer screening since 1998, but the benefit is underused. Claims data from 1998-2002 indicate that less than half of Medicare beneficiaries had any screening test during this five-year period, and less than one-third were tested according to recommended intervals. Therefore, be sure your staff is aware of this coverage and the CMS urges physicians to encourage their patients to take advantage of this important coverage.

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/SE0710.pdf> on the CMS web site.

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

SE-0710/jsr

Política Médica

RECORDATORIO – MEDICARE PROVEE CUBIERTA PARA LAS EXPLORATORIAS DE CÁNCER DE LA PRÓSTATA A BENEFICIARIOS DE MEDICARE QUE SEAN ELEGIBLES

A partir del 1 de enero de 2000, Medicare Parte B cubre los servicios prestados para pruebas y exploratorias preventivas anuales para la detección temprana del cáncer de la próstata en o después de la fecha antes mencionada. La información contenida en este artículo *MLN Matters de edición especial* le recuerda a los profesionales de la salud acerca de los criterios de cubierta, requisitos de elegibilidad, parámetros de frecuencia y la codificación correcta para facturar tales servicios, a modo que usted pueda hablar con sus pacientes de Medicare acerca de este beneficio preventivo; además de poder facturar sus reclamaciones correctamente para el servicio exploratorio.

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/SE0709.pdf>.

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

Medical Policy

REMINDER – MEDICARE PROVIDES COVERAGE OF PROSTATE CANCER SCREENING FOR ELIGIBLE MEDICARE BENEFICIARIES

Effective for services furnished on or after January 1, 2000, Medicare Part B covers annual preventive prostate cancer screening tests/procedures for the early detection of prostate cancer. The information of this Special Edition MLN Matters article reminds health care professionals about the coverage criteria, eligibility requirements, frequency parameters, and correct coding when billing for prostate cancer screening services so that you can talk with your Medicare patients about this preventive benefit and file claims properly for the screening service.

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/SE0709.pdf> on the CMS web site.

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

SE 0709 / jsr 03/05/2007

CLARIFICACIÓN SOBRE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PUBLICADOS EN EL CR5013

Proveedores Afectados

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

CLARIFICATION OF BARIATRIC SURGERY BILLING REQUIREMENTS ISSUED IN CR 5013

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for bariatric surgery related services provided to Medicare beneficiaries.

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5477, el cual clarifica las instrucciones sobre procesamiento de reclamaciones que se encuentran en el CR5013 (Transmisiones R931CP y R54NCD; titulado **Cirugía Bariátrica para Obesidad Mórbida**).

Lo Que Usted Necesita Saber

El 28 de abril de 2006, CMS publicó el CR5013 en donde se emite que provee cubierta para ciertos procedimientos quirúrgicos bariátricos. CMS identificó que algunas reclamaciones que no están relacionadas con la cirugía bariátrica se están denegando erróneamente, mientras que algunas reclamaciones cubiertas para cirugía bariátrica están siendo retenidas en lugar de ser pagadas.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para detalles con respecto a estas clarificaciones.

Trasfondo

El 28 de abril de 2006, CMS publicó el CR5013 (Transmisiones R931CP y R54NCD, con fecha del 28 de abril de 2006), en donde se provee cubierta para ciertos procedimientos de cirugía bariátrica. Esta Determinación de Cubierta Nacional (NCD, por sus siglas en inglés) se encuentra en la sección 100.1 del Manual NCD de Medicare.

Llegó a la atención de CMS que este NCD no se está implementando de manera uniforme, y CMS identificó que:

- Algunas reclamaciones que no se relacionan con la cirugía bariátrica están siendo denegadas erróneamente, y
- Algunas reclamaciones de cirugía bariátrica cubierta están siendo retenidas en lugar de ser pagadas.

Por lo tanto, CMS está publicando el CR5477 para clarificar las instrucciones sobre el procesamiento de reclamaciones que se encuentran en el CR5013.

Medical Policy

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5477 which clarifies the claims processing instructions contained in CR 5013 (Transmittals R931CP and R54NCD; titled Bariatric Surgery for Morbid Obesity).

What You Need to Know

On April 28, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued CR 5013 providing coverage for certain bariatric surgical procedures. CMS found that some claims not involving bariatric surgery are being denied in error while some covered bariatric surgery claims are being held rather than paid.

What You Need to Do

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

Background

On April 28, 2006, CMS issued CR 5013 (Transmittals R931CP and R54NCD, dated April 28, 2006) providing coverage for certain bariatric surgical procedures. This national coverage determination (NCD) is contained in section 100.1 of the Medicare NCD Manual.

It came to the attention of the CMS that this NCD is not being implemented uniformly, and CMS found that:

- *Some claims not involving bariatric surgery are being denied in error, and*
- *Some covered bariatric surgery claims are being held rather than paid.*

Therefore, CMS is issuing CR5477 to clarify the claims processing instructions contained in CR 5013.

Cont. on next page

Política Médica

Algunos procedimientos de cirugía bariátrica para el tratamiento de co-morbididades relacionadas con obesidad mórbida, están consideradas “razonables y necesarias” de acuerdo con el Acta del Seguro Social (Sección 1862(a)(1)(A)), si se cumple con las siguientes condiciones:

1. El beneficiario de Medicare:
 - Tiene un índice de masa corporal (BMI) ≥ 35 ,
 - Tiene por lo menos una co-moribidad relacionada a la obesidad (tal como es la diabetes o hipertensión), y
 - Previamente no ha tenido éxito con el tratamiento para la obesidad utilizada.
2. El procedimiento se lleva a cabo en una instalación hospitalaria aprobada, incluida en el listado que se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilitie/BSF/list.asp>.

Nota: El NCD, en sí, no ha cambiado y los tratamientos para la obesidad, por sí solos, no tienen cubierta.

Las siguientes revisiones realizadas al *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04; Capítulo 32) proveen guías sobre el pago de reclamaciones de cirugía bariátrica.

Códigos de Diagnóstico ICD-9 para casos con un BMI ≥ 35

Código ICD-9-CM ICD-9-CM Code	Descriptor
V85.35	Índice de Masa Corporal (BMI) 35.0-35.9, adulto <i>Body Mass Index 35.0-35.9, adult</i>
V85.36	Índice de Masa Corporal (BMI) 36.0-36.9, adulto <i>Body Mass Index 36.0-36.9, adult</i>
V85.37	Índice de Masa Corporal (BMI) 37.0-37.9, adulto <i>Body Mass Index 37.0-37.9, adult</i>
V85.38	Índice de Masa Corporal (BMI) 38.0-38.9, adulto <i>Body Mass Index 38.0-38.9, adult</i>
V85.39	Índice de Masa Corporal (BMI) 39.0-39.9, adulto <i>Body Mass Index 39.0-39.9, adult</i>
V85.4	Índice de Masa Corporal (BMI) 40 y más, adulto <i>Body Mass Index 40 and over, adult</i>

Medical Policy

*Certain bariatric surgery procedures for treatment of co-morbidities associated with morbid obesity are considered **reasonable and necessary** under the Social Security Act (Section 1862(a)(1)(A)) if the following conditions are satisfied:*

1. *The Medicare beneficiary:*
 - *Has a body-mass index (BMI) ≥ 35 ,*
 - *Has at least one co-morbidity related to obesity (such as diabetes or hypertension), and*
 - *Has been previously unsuccessful with medical treatment for obesity.*
2. *The Procedure is performed in an approved facility listed at <http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilitie/BSF/list.asp> on the CMS website.*

Note: *The NCD itself has not changed and treatments for obesity alone are non-covered.*

The following revisions to the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04; Chapter 32) provide guidance for bariatric surgery claims payment:

ICD-9 Diagnosis Codes for BMI ≥ 35

Cont. on next page

Política Médica

Las reclamaciones deben someterse a los Contratistas o A/B MACs con el código de diagnóstico ICD-9-CM 278.01 para obesidad mórbida, y uno de los códigos HCPCS que siguen, según sea apropiado para el caso:

- 43770 - *Laparoscopy, surgical, gastric restrictive procedure: placement of adjustable gastric band (gastric band and subcutaneous port components).*
- 43644 - *Laparoscopy, surgical, gastric restrictive procedure with gastric bypass and Roux-en-Y gastroenterostomy (roux limb 150 cm or less).*
- 43645 - *Laparoscopy, surgical, gastric restrictive procedure with gastric bypass and small intestine reconstruction to limit absorption.*
- 43845 - *Gastric restrictive procedure with partial gastrectomy, pylorus-preserving duodenoileostomy and ileoileostomy (50 to 100 cm common channel) to limit absorption (biliopancreatic diversion with duodenal switch).*
- 43846 - *Gastric restrictive procedure, with gastric bypass, for morbid obesity; with short limb (150 cm or less) Roux-en-Y gastroenterostomy.*
- 43847 - *Gastric restrictive procedure with small intestine reconstruction to limit absorption.*

Los FIs y los A/B MACs de Medicare aceptarán reclamaciones de cirugía bariátrica facturadas por proveedores institucionales con un código de diagnóstico ICD-9-CM 278.01 para obesidad mórbida, y uno de los siguientes códigos de procedimiento ICD-9-CM:

- 44.38 - *Laparoscopic gastroenterostomy; bypass: gastroduodenostomy, gastroenterostomy, gastrogastrostomy; laparoscopic gastrojejunostomy without gastrectomy NEC.*
- 44.39 - *Other gastroenterostomy; bypass: gastroduodenostomy, gastroenterostomy, gastrogastrostomy; gastrojejunostomy without gastrectomy NOS.*

Medical Policy

Claims must be submitted to carriers or A/B MACs with the ICD-9-CM diagnosis code of 278.01 for morbid obesity and one of the appropriate Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes as follows:

- 43770 - *Laparoscopy, surgical, gastric restrictive procedure: placement of adjustable gastric band (gastric band and subcutaneous port components).*
- 43644 - *Laparoscopy, surgical, gastric restrictive procedure with gastric bypass and Roux-en-Y gastroenterostomy (roux limb 150 cm or less).*
- 43645 - *Laparoscopy, surgical, gastric restrictive procedure with gastric bypass and small intestine reconstruction to limit absorption.*
- 43845 - *Gastric restrictive procedure with partial gastrectomy, pylorus-preserving duodenoileostomy and ileoileostomy (50 to 100 cm common channel) to limit absorption (biliopancreatic diversion with duodenal switch).*
- 43846 - *Gastric restrictive procedure, with gastric bypass, for morbid obesity; with short limb (150 cm or less) Roux-en-Y gastroenterostomy.*
- 43847 - *Gastric restrictive procedure with small intestine reconstruction to limit absorption.*

Medicare FIs and A/B MACS will accept bariatric surgery claims billed by institutional providers with and ICD-9-CM diagnosis code of 278.01 for morbid obesity and one of the following ICD-9-CM procedure codes:

- 44.38 - *Laparoscopic gastroenterostomy; bypass: gastroduodenostomy, gastroenterostomy, gastrogastrostomy; laparoscopic gastrojejunostomy without gastrectomy NEC.*
- 44.39 - *Other gastroenterostomy; bypass: gastroduodenostomy, gastroenterostomy, gastrogastrostomy; gastrojejunostomy without gastrectomy NOS.*

Cont. on next page

Política Médica

- 44.95 - *Laparoscopic gastric restrictive procedure; adjustable gastric band and port insertion.*

Nota: Si el código de diagnóstico ICD-9-CM 278.01 está presente, pero uno de los códigos de procedimiento ICD-9-CM o códigos HCPCS no está presente, entonces el Contratista de Medicare determinará que la reclamación no es para cirugía bariátrica, y la reclamación se procesará según sea apropiado. Además, si uno de los códigos de procedimiento ICD-9-CM está presente sin el código de diagnóstico ICD-9-CM 278.01, entonces la reclamación no es para cirugía bariátrica y el Contratista de Medicare procesará la reclamación según sea apropiado.

Además, para describir ya sea una derivación laparoscópica o una derivación biliopancreática con interruptor duodenal (BPD/DS, por sus siglas en inglés), **las reclamaciones deben contener todos los tres** (3) códigos que se mencionan a continuación:

- 43.89 - *Other; partial gastrectomy with bypass gastrogastrostomy; sleeve resection of stomach.*
- 45.51 - *Isolation of segment of small intestine; isolation of ileal loop; resection of small intestine for interposition.*
- 45.91 - *Small-to-small intestinal anastomosis.*

Las reclamaciones sometidas a los FIs o a los A/B MACs deben contener el código de procedimiento del *International Classification of Diseases, 9th Revision., Clinical Modification (ICD-9-CM)*, tal como se especifica de acuerdo a las siguientes condiciones:

- El contratista de Medicare pagará por una reclamación de cirugía bariátrica si el código de diagnóstico ICD-9-CM 278.01 (Obesidad mórbida; obesidad severa) está presente **ysi todas las siguientes condiciones están presentes:**
 - Al menos uno de los códigos de diagnóstico ICD-9-CM especificados para un BMI ≥ 35 ,

Medical Policy

- 44.95 - *Laparoscopic gastric restrictive procedure; adjustable gastric band and port insertion.*

Note: *If ICD-9-CM diagnosis code 278.01 is present, but one of the listed ICD-9-CM procedure codes or HCPCS codes is not present, then the Medicare contractor will determine the claim is not for bariatric surgery and will process the claim accordingly. Also, if one of the ICD-9-cm procedure codes is present without ICD-9-CM diagnosis code 278.01, then the claim is not for bariatric surgery, and the contractor will process the claim accordingly.*

*Also, to describe either laparoscopic or open biliopancreatic diversion with duodenal switch (BPD/DS), **claims must contain all three of the following codes:***

- 43.89 - *Other; partial gastrectomy with bypass gastrogastrostomy; sleeve resection of stomach.*
- 45.51 - *Isolation of segment of small intestine; isolation of ileal loop; resection of small intestine for interposition.*
- 45.91 - *Small-to-small intestinal anastomosis.*

Claims submitted to FIs or A/B MACs must contain International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) procedure code reported as specified according to the following conditions:

- *The Medicare Contractor will pay the bariatric surgery claim if ICD-9-CM diagnosis code 278.01 (Morbid obesity; severe obesity) is present **and all of the following are present:***
 - *At least one of the specified ICD-9-CM diagnosis codes for BMI ≥ 35 ,*

Cont. on next page

Política Médica

- Un código(s) de procedimiento apropiado(s), según se enumeran en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 32, Secciones 150.2 y 150.3,
- Un código(s) de diagnóstico apropiado(s), relacionado con obesidad co-mórbida, y
- El procedimiento se llevó a cabo en una instalación hospitalaria aprobada.

- El Contratista de Medicare **rechazará las reclamaciones de cirugía bariátrica** si el código de diagnóstico ICD-9-CM 278.01 se encuentra presente, pero si alguno de los siguientes **no** está presente:

- Por lo menos uno de los códigos de diagnóstico ICD-9-CM especificado para un BMI ≥ 35 ,
- Un código o códigos de procedimiento apropiados, según están enumerados en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 32, Secciones 150.2 y 150.3,
- Un código(s) de diagnóstico apropiado(s) relacionado con obesidad co-mórbida, y
- El procedimiento se llevó a cabo en una instalación hospitalaria aprobada.

Nota: Se utiliza el término “denegar”, en lugar de “rechazar”, ya que los beneficiarios tienen derechos de apelación.

- Si el código de diagnóstico ICD-9-CM 278,01 no está presente, el Contratista adjudicará la reclamación no considerada “cirugía bariátrica” a base de los códigos de procedimiento ICD-9-CM enumerados en la reclamación.

Códigos HCPCS No Cubiertos / Códigos de Procedimiento ICD-9

Los Contratistas (Contratistas Parte B, Fls y A/ B MACs) **denegarán** las reclamaciones de cirugía bariátrica cuando:

- Se factura con el código de procedimiento HCPCS 43842 (*Gastric restrictive procedure, without gastric bypass, for morbid obesity; vertical-banded gastroplasty*), cuando se

Medical Policy

- *An appropriate procedure code(s) as listed in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 32, Sections 150.2 and 150.3,*
- *An appropriate obesity-related co-morbid diagnosis code(s), and*
- *The procedure was performed in an approved facility.*

- **The Medicare Contractor will deny the bariatric surgery claim** if ICD-9-CM diagnosis code 278.01 is present, but any of the following are not present:

- *At least one of the specified ICD-9-CM diagnosis codes for BMI ≥ 35 ,*
- *An appropriate procedure code(s) as listed in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 32, Sections 150.2 and 150.3,*
- *An appropriate obesity-related co-morbid diagnosis code(s), and*
- *The procedure was performed in an approved facility.*

Note: The term, “deny”, rather than “reject” is used because beneficiaries and providers are entitled to appeal rights.

- *If ICD-9-CM diagnosis code 278.01 is not present, the contractor will adjudicate the non-bariatric surgery claim based on the ICD-9 CM procedure codes listed on the claim.*

Non-Covered HCPCS / ICD-9 Procedure Codes

Contractors (carriers and B MACs) will **deny** bariatric surgery claims when:

- *Billed with HCPCS procedure code 43842 (Gastric restrictive procedure, without gastric bypass, for morbid obesity; vertical-banded gastroplasty) when used*

Cont. on next page

Política Médica

utiliza para un procedimiento de gastroplastía abierta con banda vertical. **Nota:** Este código se incluyó en la actualización al MPFSDB de abril 2006, y en la actualización de julio del *Medicare Outpatient Code Editor*.

- Se factura con el código HCPCS NOC (“Not Otherwise Classified”) 43999, cuando se utiliza para los siguientes procedimientos no cubiertos (Cuando se utiliza este código NOC el procedimiento deberá estar descrito):
 - *Laparoscopic vertical banded gastroplasty*
 - *Open sleeve gastrectomy*
 - *Laparoscopic sleeve gastrectomy*
 - *Open adjustable gastric banding*

Los Contratistas (Contratistas Parte B, FIs y A/B MACs) **rechazarán** las reclamaciones de cirugía bariátrica cuando:

- Se factura con un código de diagnóstico principal ICD-9-CM 278.01, y un código de procedimiento ICD-9 44.68, cuando se utiliza para los siguientes procedimientos no cubiertos:
 - *Open adjustable gastric banding*
 - *Laparoscopic vertical banded gastroplasty.*
- Se factura con un código de diagnóstico principal ICD-9-CM 278.01, y un código de procedimiento ICD-9 44.69, cuando se utiliza para el procedimiento no-cubierto, gastroplastía de banda vertical abierta (*Open Vertical Banded Gastroplasty*).
- Se factura con un código de diagnóstico principal ICD-9-CM 278.01, y un código de procedimiento ICD-9 43.89, cuando se utiliza para los siguientes procedimientos no cubiertos:
 - *Open sleeve gastrectomy*
 - *Laparoscopic sleeve gastrectomy.*

Nota: Los contratistas, FIs, o A/B MACs usarán el código de denegatoria “50” al denegar reclamaciones para procedimientos de cirugía bariátrica no cubiertos, el código de denegatoria “58” cuando los pagos sean denegados debido a

Medical Policy

for open vertical banded gastroplasty.
Note: *This code was included in the April 2006 update of the Medicare Physician Fee Schedule Database and the July update of the Medicare Outpatient Code Editor.*

- *Billed with HCPCS Not Otherwise Classified (NOC) code 43999 when used for the following noncovered procedures: (When this NOC coded is used, the procedure should be described.)*
 - *Laparoscopic vertical banded gastroplasty*
 - *Open sleeve gastrectomy*
 - *Laparoscopic sleeve gastrectomy*
 - *Open adjustable gastric banding*

Contractors (FIs and A MACs) will reject bariatric surgery claims when:

- *Billed with principal ICD-9 CM diagnosis code 278.01 and ICD-9 procedure code 44.68 when used for the following noncovered procedures:*
 - *Open adjustable gastric banding*
 - *Laparoscopic vertical banded gastroplasty.*
- *Billed with principal ICD-9 CM diagnosis code 278.01 and ICD-9 procedure code 44.69 when used for the noncovered procedure, Open vertical banded gastroplasty.*
- *Billed with principal ICD-9 CM diagnosis code 278.01 and ICD-9 procedure code 43.89 when used for the following noncovered procedures:*
 - *Open sleeve gastrectomy*
 - *Laparoscopic sleeve gastrectomy.*

Note: *Carriers, FIs, or A/B MACs will use Claim Adjustment Reason Code 50 when denying/rejecting claims for noncovered bariatric surgery procedures, reason code 58*

Cont. on next page

Política Médica

que se llevó a cabo la cirugía en una instalación hospitalaria no autorizada, y el código "167" al denegar la reclamación porque el paciente no cumplió con las condiciones para cubierta. Todas las partes tendrán derechos de apelación.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5477), enviada a su Contratista, FI, y A/B MAC sobre este cambio se encuentra disponible para revisión en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1233CP.pdf>. Las revisiones al *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04; Capítulo 32) se incluyen como un anejo al CR5477:

El CR5013 (Transmisión R931CP y R54NCD, del 28 de abril de 2006) está disponible en los siguientes enlaces en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R931CP.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R54NCD.pdf>).

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

Medical Policy

when payment is denied due to performing the surgery at an unapproved facility, and reason code 167 when denying the claim because the patient did not meet the conditions for coverage. Appeal rights will be afforded to all parties.

Additional Information

The official instruction, CR5477, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1233CP.pdf> on the CMS website. The manual revisions to the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04; Chapter 32) included as an attachment to CR5477:

CR 5013, Transmittal R931CP and R54NCD, dated April 28, 2006, may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R931CP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R54NCD.pdf> on the CMS website.

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

MM5477/April 27, 2007/SNP-DG

INSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN DE CMS 1536-R ; LENTE INTRAOCULAR DE CORRECCIÓN DE ASTIGMATISMO (A-C IOLS)

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], o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]), por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

INSTRUCTIONS FOR IMPLEMENTING CMS RULING CMS 1536-R; ASTIGMATISM-CORRECTING INTRAOCULAR LENS (A-C IOLS)

Provider Types Affected

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

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5527 que discute una reglamentación reciente del Administrador de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) sobre los lentes intraoculares para la corrección de astigmatismo (A-C IOLs por sus siglas en inglés), después de realizar una cirugía de cataratas (CMS-1536-R). **La nueva política es vigente para fechas de servicio a partir del 22 de enero de 2007. Los médicos y proveedores tienen conocimiento que a partir del 22 de enero de 2007:**

- Medicare pagará la misma cantidad para la extracción de catarata con inserción de un A-C IOL, que lo que se paga por una extracción de catarata con inserción de un IOL convencional.
- **El beneficiario es responsable por el pago de esa porción del cargo del hospital o del centro de cirugía ambulatoria (ASC por sus siglas en inglés) por el procedimiento que excede el cargo usual de la instalación para la extracción de cataratas y la inserción de un IOL convencional que se realiza después de la cirugía de cataratas, así también como cualquier tarifa que exceda el cargo usual del médico por realizar una extracción de cataratas con inserción de un IOL convencional.**

Además, CMS les recuerda a los médicos que pueden recibir reembolso por el código V2632 (convencional o A-C IOL), solamente cuando el servicio se realiza en la oficina del médico. También, cuando los médicos realizan cirugías de cataratas en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) o en un escenario de hospital ambulatorio, el médico sólo puede facturar por el servicio profesional porque el pago por el lente se agrupa dentro del pago que recibe la instalación por el servicio de extracción de las cataratas.

Trasfondo

Las reglamentaciones del Administrador de CMS sirven como: (1) opiniones finales precedentes y órdenes; y (2) declaraciones de política e interpretaciones. Las reglamentaciones del Administrador proveen clarificación e

Medical Policy

Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5527 which discusses a recent Administrator Ruling from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) regarding astigmatism-correcting intraocular lenses (A-C IOLs) following cataract surgery (CMS-1536-R). **The new policy is effective for dates of service on and after January 22, 2007. Physicians and providers need to be aware that effective January 22, 2007:***

- *Medicare will pay the same amount for cataract extraction with A-C IOL insertion that it pays for cataract extraction with conventional IOL insertion.*
- ***The beneficiary is responsible for payment of that portion of the hospital or ambulatory surgery center (ASC) charge for the procedure that exceeds the facility's usual charge for cataract extraction and insertion of a conventional IOL following cataract surgery, as well as any fees that exceed the physician's usual charge to perform a cataract extraction with insertion of a conventional IOL.***

In addition, CMS reminds physicians that they can be reimbursed for the conventional or A-C IOL (V2632) only when the service is performed in a physician's office. Also, when physicians perform cataract surgery in an ASC or hospital outpatient setting, the physician may only bill for the professional service because payment for the lens is bundled into the facility payment for the cataract extraction.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Administrator rulings serve as 1) precedent final opinions and orders and 2) statements of policy and interpretation. The Administrator rulings provide clarification

Cont. on next page

Política Médica

interpretación sobre provisiones de la ley cuando son complejas o ambiguas, o sobre regulaciones relacionadas a Medicare, Medicaid, la utilización y revisión por parte de colegas de Organizaciones de Mejoramiento de Calidad, seguros de salud privados y asuntos relacionados. Estas reglamentaciones también promueven la consistencia en la interpretación de políticas y en la adjudicación de disputas, y están sujetas a todos los componentes de CMS, Contratistas de Medicare, la Junta de Revisión de Reembolso a Proveedores, la Junta de Revisión de Clasificación Geográfica de Medicare, y los Jueces de Derechos Administrativos (ALJ, Administrative Law Judge) que escuchan las audiencias de Medicare.

EICR5527 discute una reglamentación reciente del Administrador de CMS que trata de los requisitos para determinar el pago por la inserción de lentes intraoculares (IOLs) que reemplazan los lentes naturales del beneficiario, y que corrigen el astigmatismo pre-existente luego de una cirugía de cataratas, bajo la Ley del Seguro Social:

Observe que el CR5527 básicamente reestablece la política de CMS que se provee en el CR3927 (Artículo MLN Matters MM3927), excepto que el CR3927 que se enfoca en IOLs de corrección de presbiopía y este artículo se enfoca en los A-C IOLs.

Política sobre Cubierta

En general, un artículo o servicio cubierto por Medicare debe satisfacer los siguientes tres requisitos básicos:

- Caer dentro de una categoría de beneficio definida como estatutario;
- Ser razonable y necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo.
- Que no tenga exclusión de cubierta.

La Ley del Seguro Social específicamente excluye la cubierta de lentes (anteojos) y lentes de contacto, con la excepción de un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos como un equipo protético, cuando son suministrados después de

Medical Policy

and interpretation of complex or ambiguous provisions of the law or regulations relating to Medicare, Medicaid, utilization and peer review by Quality Improvement Organizations, private health insurance, and related matters. These rulings also promote consistency in interpretation of policy and adjudication of disputes, and they are binding on all CMS components, Medicare contractors, the Provider Reimbursement Review Board, the Medicare Geographic Classification Review Board, and Administrative Law Judges who hear Medicare appeals.

CR5527 discusses a recent CMS Administrator Ruling concerning requirements for determining payment for insertion of intraocular lenses (IOLs) that replace beneficiaries' natural lenses and correct pre-existing astigmatism following cataract surgery under the Social Security Act:

Note that CR5527 basically restates CMS policy provided in CR3927 (MLN Matters article MM3927), except that CR3927 focused on presbyopia-correcting IOLs and this article focuses on A-C IOLs.

Coverage Policy

In general, an item or service covered by Medicare must satisfy the following three basic requirements:

- *Fall within a statutorily-defined benefit category;*
- *Be reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of illness or injury or to improve the functioning of a malformed body part;*
- *Not be excluded from coverage.*

The Social Security Act specifically excludes eyeglasses and contact lenses from coverage, with an exception for one pair of eyeglasses or contact lenses covered as a prosthetic device furnished after each cataract surgery

Cont. on next page

Política Médica

una cirugía de cataratas con inserción de un IOL. Además, no hay una categoría de beneficios de Medicare que permita el pago por una corrección quirúrgica de lentes cilíndricos de anteojos o lentes de contacto que pueda requerirse para compensar por la curvatura imperfecta de la córnea (astigmatismo).

Un A-C IOL intenta proveer lo que, de otra manera, se logra mediante dos artículos separados:

- Un IOL convencional implantable (uno que no sea para corregir astigmatismo) que está cubierto por Medicare, y
- La corrección quirúrgica, anteojos, o lentes de contacto que no están cubiertos por Medicare.

Aunque los A-C IOLS pueden cumplir la misma función de los anteojos o los lentes de contacto suministrados después de la remoción de una catarata, los A-C IOLS no son ni anteojos ni lentes de contacto. La siguiente tabla contiene un resumen de los beneficios que paga Medicare, y los servicios por los cuales Medicare no paga (categoría de no-beneficio):

Medical Policy

with insertion of an IOL. In addition, there is no Medicare benefit category to allow payment for the surgical correction or cylindrical lenses of eyeglasses or contact lenses that may be required to compensate for the imperfect curvature of the cornea (astigmatism).

An A-C IOL is intended to provide what is otherwise achieved by two separate items:

- *An implantable conventional IOL (one that is not astigmatism-correcting) that is covered by Medicare, and*
- *The surgical correction, eyeglasses, or contact lenses that are not covered by Medicare.*

Although A-C IOLs may serve the same function as eyeglasses or contact lenses furnished following removal of a cataract, A-C IOLs are neither eyeglasses nor contact lenses. The following table is a summary of benefits for which Medicare makes payment, and services for which Medicare does not pay (no benefit category):

Benefits for Which Medicare Makes Payment	Services for Which Medicare Does NOT Pay – No Benefit Category
A conventional intraocular lens (IOL) implanted following cataract surgery.	The astigmatism-correcting functionality of an IOL implanted following cataract surgery.
Facility or physician services and supplies required to insert a conventional IOL following cataract surgery.	Facility or physician services and resources required to insert and adjust an AC-IOL following cataract surgery that exceeds the services and resources furnished for insertion of a conventional IOL.
One pair of eyeglasses or contact lenses as a prosthetic device furnished after each cataract surgery with insertion of an IOL.	The surgical correction of cylindrical lenses of eyeglasses or contact lenses that may be required to compensate for imperfect curvature of the cornea (astigmatism). Eye examinations performed to determine the refractive state of the eyes specifically associated with insertion of an AC-IOL (including subsequent monitoring services), that exceed the one-time eye examination following cataract surgery with insertion of a conventional IOL.

Cont. on next page

Política Médica

Al momento, existe una clase de NTIOL aprobada para pago especial cuando es suministrado en un ASC, y esta categoría NTIOL (activa actualmente) para “*Aberración Esférica Reducida*” fue establecida el 27 de febrero de 2006, y expira el 26 de febrero de 2011.

Vigente para servicios suministrados a partir del 22 de enero de 2007, CMS ahora reconoce los siguientes como A-C IOLS:

- Acrysof® Toric IOL (modelos: SN60T3, SN60T4, y SN60T5), manufacturado por Alcon Laboratories, Inc; y
- Silicon 1P Toric IOL (modelos: AA4203TF y AA4203TL), manufacturado por STAAR Surgical.

Política de Pago para Servicios en Instalaciones y Suministros

Lo siguiente aplica a un IOL insertado después de la remoción de una catarata realizada en un hospital (ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio) que es pagadero bajo: (1) el Sistema de Pago Prospectivo de Paciente Ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés); o (2) el Sistema de Pago Prospectivo de Paciente Hospitalizado (IPPS por sus siglas en inglés), respectivamente, (o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) aprobado por Medicare que recibe pago bajo el sistema de tarifa fija ASC):

- Medicare no realiza un pago por separado al hospital o el ASC por la inserción de un IOL luego de la extracción de una catarata. El pago por el IOL es consolidada en el pago por la extracción quirúrgica de la catarata o el procedimiento de reemplazo de lente; y
- Cualquier persona o ASC, que presente o provoque que se presente una factura o solicitud de pago de un IOL insertado durante o luego de una cirugía de catarata, cuyo pago se realiza de acuerdo a las tarifas fijas ASC, estará sujeto a una penalidad civil monetaria.

Medical Policy

Currently, there is one NTIOL class approved for special payment when furnished by an ASC, and this currently active NTIOL category for “Reduced Spherical Aberration” was established on February 27, 2006 and expires on February 26, 2011.

Effective for services furnished on or after January 22, 2007, CMS now recognizes the following as A-C IOLS:

- *Acrysof® Toric IOL (models: SN60T3, SN60T4, and SN60T5), manufactured by Alcon Laboratories, Inc; and*
- *Silicon 1P Toric IOL (models: AA4203TF and AA4203TL), manufactured by STAAR Surgical.*

Payment Policy for Facility Services and Supplies

The following applies to an IOL inserted following removal of a cataract in a hospital (on either an outpatient or inpatient basis) that is paid under 1) the hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) or 2) the Inpatient Prospective Payment System (IPPS), respectively (or in a Medicare-approved ASC that is paid under the ASC fee schedule):

- *Medicare does not make separate payment to the hospital or the ASC for an IOL inserted subsequent to extraction of a cataract. Payment for the IOL is packaged into the payment for the surgical cataract extraction/lens replacement procedure; and*
- *Any person or ASC, who presents or causes to be presented a bill or request for payment for an IOL inserted during or subsequent to cataract surgery for which payment is made under the ASC fee schedule, is subject to a civil money penalty.*

Cont. on next page

Política Médica

En el caso de un A-C IOL insertado luego de la remoción de una catarata en un hospital (ya sea a un paciente hospitalizado o ambulatorio) y que es pagado bajo el sistema OPPS o el IPPS, respectivamente (o en un Centro de Cirugía Ambulatorio aprobado por Medicare que es pagado bajo las tarifas fijas de ASC:

- La instalación debe facturar por la remoción de una catarata con inserción de un IOL convencional, sin importar si se insertó un A-C IOL. Cuando un beneficiario recibe un A-C IOL después de la remoción de una catarata, los hospitales y los ASCs deben reportar el mismo código CPT que se utiliza para reportar la remoción de una catarata con inserción de un IOL convencional (vea la sección “**Codificación**” más adelante).
- No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita el pago de cargos de la instalación por servicios y suministros requeridos para insertar y ajustar un A-C IOL luego de la remoción de una catarata que excedan los cargos de la instalación por servicios y suministros requeridos para la inserción y el ajuste de un IOL convencional; y
- No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita el pago de los cargos de una instalación por tratamientos subsiguientes, servicios y suministros requeridos para examinar y monitorear al beneficiario que recibe un AC-IOL después de la remoción de una catarata, que excedan los cargos de una instalación por tratamientos subsiguientes, servicios, y suministros requeridos para examinar y monitorear a un beneficiario después de una cirugía de catarata seguida por la inserción de un IOL convencional.

Política de Pago para Servicios Médicos y Suministros

En el caso de un IOL insertado luego de la remoción de una catarata en la oficina del médico, Medicare hace un pago por separado, basado en cargos razonables, por la inserción de un IOL luego de la extracción de una catarata, que se realiza en la oficina del médico.

Medical Policy

For an A-C IOL inserted subsequent to removal of a cataract in a hospital (on either an outpatient or inpatient basis) that is paid under the OPPS or the IPPS, respectively (or in a Medicare-approved ASC that is paid under the ASC fee schedule):

- *The facility should bill for removal of a cataract with insertion of a conventional IOL, regardless of whether a conventional or A-C IOL is inserted. When a beneficiary receives an A-C IOL following removal of a cataract, hospitals and ASCs should report the same CPT code that is used to report removal of a cataract with insertion of a conventional IOL (see “Coding” below);*
- *There is no Medicare benefit category that allows payment of facility charges for services and supplies required to insert and adjust an A-C IOL following removal of a cataract that exceed the facility charges for services and supplies required for the insertion and adjustment of a conventional IOL; and*
- *There is no Medicare benefit category that allows payment of facility charges for subsequent treatments, services and supplies required to examine and monitor the beneficiary who receives an AC-IOL following removal of a cataract that exceed the facility charges for subsequent treatments, services, and supplies required to examine and monitor a beneficiary after cataract surgery followed by insertion of a conventional IOL.*

Payment Policy for Physician Services and Supplies

For an IOL inserted following removal of a cataract in a physician’s office Medicare makes separate payment, based on reasonable charges, for an IOL inserted subsequent to extraction of a cataract that is performed at a physician’s office.

Cont. on next page

Política Médica

En el caso de un A-C IOL insertado después de la remoción de una catarata en la oficina de un médico:

- El médico debe facturar por un IOL convencional, sin importar si se insertó un A-C IOL (vea la sección “**Codificación**” más adelante);
- No existe una categoría de beneficios de Medicare que permita el pago de cargos del médico por servicios y suministros requeridos para insertar y ajustar un A-C IOL, luego de la remoción de una catarata, que excedan los cargos del médico por servicios y suministros requeridos para la inserción y ajuste de un IOL convencional; y
- No existe una categoría de beneficios de Medicare que permita el pago de los cargos del médico para tratamientos subsiguientes, servicios y suministros requeridos para examinar y monitorear al beneficiario luego de la remoción de una catarata con inserción de un AC-IOL, si exceden los cargos del médico por servicios y suministros para examinar y monitorear al beneficiario luego de la remoción de una catarata con inserción de un IOL convencional.

En el caso de un A-C IOL insertado después de la remoción de una catarata en un hospital o un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC):

- Un médico no puede facturar a Medicare por el A-C IOL insertado durante un procedimiento de catarata realizado en esos ambientes ya que el pago por el lente está incluido en el pago realizado a la institución por el procedimiento completo;
- No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita el pago de los cargos del médico por servicios y suministros requeridos para insertar y ajustar un A-C IOL, luego de la remoción de una catarata, si exceden los cargos del médico por servicios y suministros requeridos para la inserción de un IOL convencional; y

Medical Policy

For an A-C IOL inserted following removal of a cataract in a physician’s office:

- *A physician should bill for a conventional IOL, regardless of whether a conventional or A-C IOL is inserted (see “**Coding**,” below);*
- *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for services and supplies required to insert and adjust an A-C IOL following removal of a cataract that exceed the physician charges for services and supplies for the insertion and adjustment of a conventional IOL; and*
- *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for subsequent treatments, services, and supplies required to examine and monitor a beneficiary following removal of a cataract with insertion of an AC-IOL that exceed the physician charges for services and supplies to examine and monitor a beneficiary following removal of a cataract with insertion of a conventional IOL.*

For an A-C IOL inserted following removal of a cataract in a hospital or ASC:

- *A physician may not bill Medicare for the A-C IOL inserted during a cataract procedure performed in those settings because payment for the lens is included in the payment made to the facility for the entire procedure;*
- *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for services and supplies required to insert and adjust an A-C IOL following removal of a cataract that exceed physician charges for services and supplies required for the insertion of a conventional IOL; and*

Cont. on next page

Política Médica

- No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita el pago de cargos del médico por tratamientos subsiguientes, servicios y suministros requeridos para examinar y monitorear a un beneficiario luego de la remoción de una catarata con inserción de un A-C IOL, que excedan el pago de los cargos del médico por servicios y suministros requeridos para examinar y monitorear al beneficiario después de una cirugía de catarata con inserción de un IOL convencional.

Codificación

No se establecen códigos nuevos en este momento para identificar un A-C IOL o procedimientos y servicios relacionados a un A-C IOL, y los hospitales, los ASCs, y los médicos deberán reportar uno de los siguientes códigos CPT para facturar a Medicare por la remoción de una catarata con inserción de IOL:

- Código CPT 66982 - *Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification), complex, requiring devices or techniques not generally used in routine cataract surgery (e.g., iris expansion device, suture support for intraocular lens, or primary posterior capsulorrhexis) or performed on patients in the amblyogenic developmental stage,*
- Código CPT 66983 - *Intracapsular cataract extraction with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), o*
- Código CPT 66984 - *Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification).*

Medical Policy

- *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for subsequent treatments, services, and supplies required to examine and monitor a beneficiary following removal of a cataract with insertion of an A-C IOL that exceed the physician charges for services and supplies required to examine and monitor a beneficiary following cataract surgery with insertion of a conventional IOL.*

Coding

No new codes are being established at this time to identify an A-C IOL or procedures and services related to an A-C IOL, and hospitals, ASCs, and physicians should report one of the following CPT codes to bill Medicare for removal of a cataract with IOL insertion:

- *CPT Code 66982 - Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification), complex, requiring devices or techniques not generally used in routine cataract surgery (e.g., iris expansion device, suture support for intraocular lens, or primary posterior capsulorrhexis) or performed on patients in the amblyogenic developmental stage,*
- *CPT Code 66983 - Intracapsular cataract extraction with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), or*
- *CPT Code 66984 - Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification).*

Cont. on next page

Política Médica

Los médicos que llevan a cabo el procedimiento de inserción de IOL o A-C IOL en el consultorio médico pueden facturar utilizando el código V2632 (*posterior chamber intraocular lens*) para el IOL o el A-C IOL, el cual se paga a base de cargos razonables.

Si se considera apropiado, los hospitales y médicos pueden utilizar el o los códigos CPT adecuados para facturar a Medicare por servicios de Evaluación y Manejo (E&M) usualmente asociados a servicios prestados luego de una cirugía de extracción de catarata.

Responsabilidad del Beneficiario

Cuando un beneficiario solicita la inserción de un A-C IOL en lugar de un IOL convencional después de la remoción de una catarata, y el procedimiento es realizado, el beneficiario es responsable de pagar a la instalación hospitalaria los cargos por servicios y suministros atribuibles a la funcionalidad de la corrección de astigmatismo del A-C IOL:

- Al determinar la responsabilidad del beneficiario, la instalación y el médico pueden tomar en consideración cualquier trabajo adicional y los recursos requeridos para la inserción, ajuste, prueba de agudeza visual, y monitoreo del A-C IOL que exceden el trabajo y los recursos atribuibles a la inserción de un IOL convencional;
- El médico y la instalación no podrán hacer cargos por la extracción de catarata con inserción de un A-C IOL, a menos que el beneficiario haya solicitado este servicio; y
- El médico y el establecimiento no necesitan que el beneficiario solicite un A-C IOL como condición para la extracción de catarata con inserción de IOL.

Requisitos de Notificación del Proveedor

Cuando un beneficiario solicita inserción de un A-C IOL en lugar de un IOL convencional, luego de la remoción de una catarata:

Medical Policy

Physicians inserting an IOL or an A-C IOL in an office setting may bill code V2632 (posterior chamber intraocular lens) for the IOL or the A-C IOL, which is paid on a reasonable charge basis.

If appropriate, hospitals and physicians may use the proper CPT code(s) to bill Medicare for evaluation and management services usually associated with services following cataract extraction surgery, if appropriate.

Beneficiary Liability

When a beneficiary requests insertion of an A-C IOL instead of a conventional IOL following removal of a cataract and that procedure is performed, the beneficiary is responsible for payment of facility charges for services and supplies attributable to the astigmatism-correcting functionality of the A-C IOL:

- *In determining the beneficiary's liability, the facility and physician may take into account any additional work and resources required for insertion, fitting, vision acuity testing, and monitoring of the AC-IOL that exceeds the work and resources attributable to insertion of a conventional IOL;*
- *The physician and the facility may not charge for cataract extraction with insertion of an A-C IOL unless the beneficiary requests this service; and*
- *The physician and the facility may not require the beneficiary to request an A-C IOL as a condition of performing a cataract extraction with IOL insertion.*

Provider Notification Requirements

When a beneficiary requests insertion of an A-C IOL instead of a conventional IOL following removal of a cataract:

Cont. on next page

Política Médica

- Antes del procedimiento de remoción de un lente de catarata y la inserción de un A-C IOL, la instalación y el médico deben informar al beneficiario que Medicare no hará el pago por los servicios que no están específicamente relacionados a la inserción, el ajuste, u otros tratamientos subsiguientes relacionados con la funcionalidad de corrección de astigmatismo del IOL.
- La funcionalidad de corrección de un A-C IOL no cae dentro de una categoría de beneficio de Medicare y, por ende, no tiene cubierta. Por lo tanto, no se requiere a la instalación ni al médico que provean un “*Advanced Beneficiary Notice*” a aquellos beneficiarios que soliciten un A-C IOL.
- Aunque no se requiera, CMS recomienda firmemente a las instalaciones y a los médicos que emitan un “Aviso de Exclusión de Beneficios de Medicare” (*Notice of Exclusion from Medicare Benefits*) a los beneficiarios a fin de identificar claramente los aspectos no-pagaderos del procedimiento de inserción de un A-C IOL. Usted puede encontrar esta notificación en el sitio Web de CMS:
 - La versión en inglés se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://cms.hhs.gov/medicare/bni/20007_English.pdf.
 - La versión en español se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://cms.hhs.gov/medicare/bni/20007_Spanish.pdf.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5527) enviada a su Contratista, Intermediario y A/B MAC 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/R1228CP.pdf>.

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

Medical Policy

- *Prior to the procedure to remove a cataractous lens and insert an A-C IOL, the facility and the physician must inform the beneficiary that Medicare will not make payment for services that are specific to the insertion, adjustment, or other subsequent treatments related to the astigmatism-correcting functionality of the IOL.*
- *The correcting functionality of an A-C IOL does not fall into a Medicare benefit category and, therefore, is not covered. Therefore, the facility and physician are not required to provide an Advanced Beneficiary Notice to beneficiaries who request an A-C IOL.*
- *Although not required, CMS strongly encourages facilities and physicians to issue a **Notice of Exclusion from Medicare Benefits** to beneficiaries in order to identify clearly the non-payable aspects of an A-C IOL insertion. This notice may be found on the CMS website at:
 - <http://www.cms.hhs.gov/BNI/downloads/CMS20007English.pdf> for the English language version and
 - <http://www.cms.hhs.gov/BNI/downloads/CMS20007Spanish.pdf> for the Spanish language version.*

Additional Information

The official instruction, CR5527, issued to your Medicare carrier, intermediary, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1228CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5527/April 27, 2007/snp-dg

Política Médica

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2007 A LOS CÓDIGOS HCPCS PARA ALBUTEROL, LEVALBUTEROL Y RECLAST®

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs, por sus siglas en inglés], incluyendo los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs, por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Medicare [A/B MACs, por sus siglas en inglés], y Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs, por sus siglas en inglés] por suministrar Albuterol, Levalbuterol, Reclast®, y Zometa® a beneficiarios de Medicare.

Lo Que los Proveedores Deben Saber

EICR 5645, del cual se desarrolla este artículo, implementa la actualización trimestral de julio de 2007 a los Códigos HCPCS para Albuterol, Levalbuterol y Reclast®.

A partir de las fechas de servicio de 1 de julio de 2007, Medicare ya no pagará por los siguientes códigos HCPCS: J7611, J7612, J7613, y J7614; Medicare sí pagará por los siguientes códigos: Q4093, Q4094, y Q4095. El Código J3487 continúa en uso para Zometa®.

Usted debe asegurarse que su personal de facturación tenga conocimiento sobre estos cambios de códigos HCPCS.

Trasfondo

EICR 5645, del cual se desarrolla este artículo, implementa la actualización trimestral de julio de 2007 a los Códigos HCPCS para Albuterol, Levalbuterol y Reclast®.

A partir del 1 de julio de 2007, los códigos HCPCS incluidos en la **tabla 1** ya no serán pagados por Medicare.

Medical Policy

JULY, 2007 QUARTERLY UPDATE TO THE HCPCS CODES FOR ALBUTEROL, LEVALBUTEROL, AND RECLAST®

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI)(including Regional Home Health Intermediaries (RHHI)), Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) and Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MAC)) for providing Albuterol, Levalbuterol, Reclast®, and Zometa® to Medicare beneficiaries.

What Providers Need to Know

CR 5645, from which this article is taken, implements the July 2007 quarterly update to the HCPCS Codes for Albuterol, Levalbuterol, and Reclast®.

Effective for dates of service on or after July 1, 2007, the following HCPCS codes are no longer payable by Medicare: J7611, J7612, J7613, and J7614; and the following are payable by Medicare: Q4093, Q4094, and Q4095. Code J3487 continues in use for Zometa®.

You should make sure that your billing staffs are aware of these HCPCS code changes.

Background

CR 5645, from which this article is taken, implements the July, 2007 quarterly update to the HCPCS Codes for Albuterol, Levalbuterol, and Reclast®.

*Effective July 1, 2007, the Health Care Procedure Code System (HCPCS) codes in **table 1** will no longer be payable for Medicare.*

Cont. on next page

Tabla 1 / Table 1

Códigos HCPCS Que No Se Pagarán para Fechas de Servicios en o después del 1 de julio de 2007
HCPCS Codes Not Payable for Dates of Service on or after July 1, 2007

HCPCS Code	Short Description	Long Description
J7611	Albuterol non-comp con	Albuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, concentrated form, 1 mg
J7612	Levalbuterol non-comp con	Levalbuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, concentrated form, 0.5 mg
J7613	Albuterol non-comp unit	Albuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, unit dose, 1 mg
J7614	Levalbuterol non-comp unit	Levalbuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, unit dose, 0.5 mg

En lugar de los códigos de la Tabla 1, los códigos HCPCS que se muestran en la **Tabla 2** sí serán pagados a partir del 1 de julio de 2007.

*In place of the Table 1 codes, the HCPCS codes displayed in **Table 2** will be payable, effective July 1, 2007.*

Tabla 2 / Table 2

Códigos HCPCS Que Se Pagarán para Servicios en o después del 1 de julio de 2007
HCPCS Codes Payable for Service on or After July 1, 2007

HCPCS Code	Short Description	Long Description
Q4093	Albuterol inh non-comp con	Albuterol, all formulations including separated isomers, inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, concentrated form, per 1 mg (Albuterol) or per 0.5 mg (Levalbuterol)
Q4094	Albuterol inh non-comp u d	Albuterol, all formulations including separated isomers, inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, unit dose, per 1 mg (Albuterol) or per 0.5 mg (Levalbuterol)

Además, a partir del 1 de julio de 2007, el nuevo código Q4095 (que se muestra en la **Tabla 3**), entrará en vigor para el producto Reclast®.

*In addition, a new code, Q4095 (in **Table 3**) will be effective July 1, 2007, for Reclast®.*

Tabla 3 / Table 3

Código HCPCS Q4095 Que Se Pagará para Servicios en o después del 1 de julio de 2007
HCPCS Q4095 Payable for Services on or after July 1, 2007

HCPCS Code	Short Description	Long Description
Q4095	Reclast injection	Injection, zoledronic acid (Reclast), 1 mg

Cont. on next page

Política Médica

Además, favor observe lo siguiente:

- Actualmente, Reclast® 5 mg/100 ml el frasco (NDC 0078-0435-61) es el único producto que debe facturarse utilizando el código Q4095. Si otros productos bajo aprobación de la FDA para Reclast® se hacen disponibles, se utilizará el código Q4095 para facturar tales productos.
- El Código HCPCS J3487 (*descripción breve: Zoledronic acid; descripción larga: Injection, zoledronic acid, 1 mg*) se utiliza para facturar productos aprobados por la FDA para Zometa®, o el producto terapéutico equivalente que esté disponible e identificado en el “Orange Book” de la FDA.
- Los límites de pago para los nuevos códigos Q serán incluidos en el archivo de pago trimestral de julio 2007 del archivo ASP, cuando los mismos sean publicados en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a_2007aspfiles.asp#TopOfPage.
- Puede encontrar información de pago para los nuevos códigos Q en el Sistema de Pago Prospectivo de Hospital Ambulatorio (OPPS, por sus siglas en inglés) en la actualización de julio de 2007 del Apéndice A y Apéndice B, una vez sean añadidos al sitio Web de paciente ambulatorio, en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/HospitalOutpatientPPS/AU/list.asp#TopOfPage/>.

Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5645) enviada a su Contratista, FI, (incluyendo a los RHHIs), A/B MACs o DME MACs en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1260CP.pdf>.

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

Medical Policy

Also, please note the following:

- *Currently, Reclast® 5 mg/100 ml bottle (NDC 0078-0435-61) is the only product that should be billed using code Q4095. If other products under the FDA’s approval for Reclast® become available, code Q4095 would be used to bill for such products.*
- *HCPCS code J3487 (short description: Zoledronic acid; long description: Injection, zoledronic acid, 1 mg) is used to bill for products under the FDA’s approval for Zometa®*
- *or such therapeutically equivalent products that may become available as identified in the FDA’s Orange Book.*
- *Payment limits for the new Q codes will be included in the July 2007 quarterly Average Sales Price payment file, when those files are posted at http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a_2007aspfiles.asp#TopOfPage.*
- *Payment information for the new Q codes under the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) can be found in the July 2007 update of OPPS Addendum A and Addendum B when those addendums are added to the hospital outpatient website at: <http://www.cms.hhs.gov/HospitalOutpatientPPS/AU/list.asp#TopOfPage/>*

Additional Information

You can find the official instruction, CR 5645, issued to your carrier, FI (including RHHI), A/B MAC or DME MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1260CP.pdf> on the CMS website

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

MM5645/June 1, 2007/snp-dg

Política Médica

BARRERA HEMATOENCEFÁLICA PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) y contratistas de la Parte B).

Lo que los Proveedores Necesitan Saber

Vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 20 de marzo de 2007, el uso de la Barrera Hematoencefálica para el tratamiento de tumores cerebrales no es considerado “razonable y necesario” cuando se utiliza como parte de un régimen de tratamiento para tumores cerebrales en pacientes de Medicare.

Trasfondo

Este artículo y el CR 5530 establecen que Medicare actualmente no tiene una determinación de cubierta nacional (NCD por sus siglas en inglés) para el uso de la Barrera Hematoencefálica para el tratamiento de tumores cerebrales (BBBD por sus siglas en inglés) como parte de un régimen de tratamiento para tumores cerebrales. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) aceptaron una petición formal de que no se provea cubierta al BBBD, cuando se utiliza para esta indicación.

CMS determinó que el uso del BBBD no es “razonable y necesario” cuando se utiliza como parte de un régimen de tratamiento para tumores cerebrales.

Debe tener conocimiento de que el proceso BBBD incluye todos los artículos y los servicios necesarios para llevar a cabo el procedimiento, incluyendo la hospitalización, el monitoreo, y los procedimientos repetidos de imágenes.

Información Adicional

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

Medical Policy

BLOOD BRAIN BARRIER OSMOTIC DISRUPTION FOR TREATMENT OF BRAIN TUMORS

Provider Types Affected

Physicians and providers submitting claims to Medicare contractors (Fiscal Intermediaries (FIs), Part Medicare Administrative Contractors (MACs) and carriers)

What Providers Need to Know

Effective for claims with dates of service on or after March 20, 2007, the use of osmotic blood brain barrier disruption is not considered reasonable and necessary when it is used as part of a treatment regimen for brain tumors in Medicare patients.

Background

*This article and Change Request (CR) 5530 states that Medicare does not currently have a national coverage determination (NCD) for osmotic blood brain barrier disruption (BBBD) as part of a treatment regimen for brain tumors. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) accepted a formal request for **non-coverage** of BBBD used for this indication.*

CMS determined that the use of osmotic blood brain barrier disruption is not reasonable and necessary when it is used as part of a treatment regimen for brain tumors.

Be aware that the BBBD process includes all items and services necessary to perform the procedure, including hospitalization, monitoring, and repeated imaging procedures.

This NCD does not alter in any manner the coverage of anti-cancer chemotherapy.

Additional Information

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

Cont. on next page

Política Médica

El CR5530 es la instrucción oficial enviada a tu FI, Contratista o MAC, y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R67NCD.pdf>.

Medical Policy

CR5530 is the official instruction issued to your Medicare FI, Carrier or MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R67NCD.pdf> on the CMS website.

MM5530/April 6, 2007/snp-dg

RECORDATORIO – MEDICARE AHORA PROVEE CUBIERTA, EN UNA SOLA OCASIÓN, PARA UN ULTRASONIDO EXPLORATORIO PARA ANEURISMAS ABDOMINALES AÓRTICAS (AAA)

Este artículo no conlleva información sobre una política nueva. Este artículo tiene como propósito informar solamente y sirve como recordatorio que Medicare provee cubierta, por una sola ocasión, tanto un examen físico inicial preventivo, como una exploratoria preventiva por ultrasonidos para los aneurismas abdominales aórticos, los cuales están sujetos a ciertas restricciones de cubierta, frecuencia y pagos. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) necesita su ayuda para correr la voz y alentar a los beneficiarios elegibles a tomar ventaja de estos beneficios y de los servicios preventivos y exploratorias que cubre Medicare.

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/SE0711.pdf>.

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

REMINDER – MEDICARE NOW PROVIDES COVERAGE FOR ELIGIBLE MEDICARE BENEFICIARIES OF A ONE-TIME ULTRASOUND SCREENING FOR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS (AAA)

This article conveys no new policy information. This article is for informational purposes only and serves as a reminder that Medicare provides coverage of a one-time initial preventive physical examination and a one-time preventive ultrasound screening for abdominal aortic aneurysms subject to certain coverage, frequency, and payment limitations. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) needs your help to get the word out and to encourage eligible beneficiaries to take full advantage of these benefits and all preventive services and screenings covered by Medicare.

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/SE0711.pdf> on the CMS web site.

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

SE-0711/jsr 03/20/07

Políticas de Pago

SERVICIOS NO PROVISTOS DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS

La petición de cambio (CR) 5427 clarifica que no se podrán pagar servicios médicos (o una porción de estos) si fueron subcontratados a otro proveedor o suplidor localizado fuera de los Estados Unidos.

Por ejemplo, si un radiólogo que practica en India analiza las imágenes de una prueba que fueron realizadas a un beneficiario en los Estados Unidos, Medicare no le pagará al radiólogo ni a la facilidad estadounidense que realizó la prueba de imagen por ninguno de los servicios que el radiólogo en India realizó.

Este artículo junto con el CR5427, también delinea que artículos y servicios (en cantidades limitadas) son reembolsables por Medicare cuando son provistos fuera de los Estados Unidos, según la sección 1862(a)(4) del Acta del Seguro Social.

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/MM5427.pdf>.

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

Billing Policies

SERVICES NOT PROVIDED WITHIN THE UNITED STATES

CR-5427 clarifies that payment may not be made for a medical service (or a portion of it) that was subcontracted to another provider or supplier located outside the United States.

For example, if a radiologist who practices in India analyzes imaging tests that were performed on a beneficiary in the United States, Medicare would not pay the radiologist or the U.S. facility that performed the imaging test for any of the services that were performed by the radiologist in India.

This article and related Change Request (CR) 5427 outlines the limited items and services that are reimbursable by Medicare outside the United States according to Section 1862(a)(4) of the Social Security Act.

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/MM5427.pdf> on the CMS web site.

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

CR5427/Trans.66/MM5427/jsr-03/02/2007

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS ÉDITOS A LO MÉDICAMENTE IMPROBABLE (MUE), VERSIÓN 1.1 VIGENCIA, 1 DE ABRIL DE 2007 Y VERSIÓN 1.2 VIGENCIA, 1 DE JULIO DE 2007

CMS estableció una iniciativa para identificar servicios médicamente improbable de realizarse (Medically Unlikely Services-MUE su siglas en inglés). El propósito de este esfuerzo es constituir unidades de servicios y

QUARTERLY UPDATE TO MEDICALLY UNLIKELY EDITS (MUES), VERSION 1.1, EFFECTIVE APRIL 1, 2007 AND VERSION 1.2, AND VERSION 1.2, EFFECTIVE JULY 1, 2007

CMS established an initiative to identify Medically Unlikely Services (MUE). The purpose of this effort is to constitute units of service and to reduce the Medicare FFS paid

Cont. on next page

Políticas de Pago

reducir el nivel de error en los pagos a los contratistas en el sistema de pago por servicios (FFS Contratos). El contratista de la iniciativa nacional de codificación correctiva (NCCI, Nacional Correct Coding Initiative por sus siglas en inglés) mantiene los archivos de MUE. Un MUE es definido como un édito que valida el criterio de número de unidades de servicio por líneas de una reclamación. En esta validación se toma en consideración que sea para el mismo: beneficiario, código HCPCS o CPT, fecha de servicio y proveedor. Los contratistas de Medicare (contratistas de Medicare Parte B y MACs) denegarán la línea en una reclamación cuando las unidades de servicio exceden el criterio del MUE para reclamaciones procesadas a través de VMS y el sistema de MCS. Actualmente están disponibles las versiones 1.1 y 1.2 de la publicación MUE.

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/MM5495.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5603.pdf> respectivamente.

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

Billing Policies

claims error rate. The National Correct Coding Initiative (NCCI) contractor maintains the MUEs. An MUE is defined as an edit that tests claim lines for the same beneficiary, Health Care Common Procedure Code System (HCPCS) code, date of service, and billing provider against a criteria number of units of service. Medicare contractors (carriers / MACs) will deny the entire claim line when the units of service are in excess of MUE criteria, for claims processed via the VMS and MCS systems. At this time Version 1.1 and 1.2 of MUE publications are available.

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/MM5495.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5603.pdf> respectively on the CMS web site.

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

CR5603/Trans. R1253CP/ab/CR5495/Trans. 1202/ab

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LOS ÉDITOS CCI, VERSIÓN 13.2, VIGENTE EL 1 DE JULIO DE 2007

Proveedores Afectados

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

Trasfondo

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5604, que provee un recordatorio para los médicos a fin de que tomen nota de las actualizaciones trimestrales a los Éditos CCI. El paquete más reciente de éditos CCI (*Correct Coding Initiative*), Versión 13.2, con vigencia el 1

QUARTERLY UPDATE TO CCI EDITS, VERSION 13.2, EFFECTIVE JULY 1, 2007

Provider Types Affected

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

Background

This article is based on Change Request (CR) 5604 which provides a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to Correct Coding Initiative (CCI) edits. The latest package of CCI edits, Version

Cont. on next page

Políticas de Pago

de julio de 2007 y los éditos más recientes a los MEC (*Mutually Exclusive Code*) estarán disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

Esta iniciativa de codificación nacional correcta desarrollada por CMS ayuda a promover metodologías nacionales de codificación correcta y también controla la codificación incorrecta. Las políticas de codificación desarrolladas están basadas en convenciones de codificación definidas en las siguientes fuentes:

- El manual *The American Medical Association's (AMA's) Current Procedural Terminology (CPT)*;
- Éditos y Políticas Nacionales;
- Guías de codificación desarrolladas por sociedades médicas nacionales;
- Análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar; y
- Revisión de las prácticas corrientes de codificación.

El más reciente paquete de éditos CCI, Versión 13.2, incluye todas las versiones anteriores y las actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente. Esa información estará organizada en dos tablas:

- Éditos de Codificación Correcta Columna 1/ Columna 2; y
- Éditos MEC (Mutually Exclusive Code)

Información Adicional

Los archivos de formato CCI y MEC serán mantenidos en el *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 23, Sección 20.9), y que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>.

La instrucción oficial (CR5406) enviada a su Contratista y A/B MAC sobre este cambio está disponible para revisión en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1243CP.pdf>.

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

Billing Policies

13.2, effective July 1, 2007, and the current *Mutually Exclusive Code (MEC)* edits will be available at <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

The National Correct Coding Initiative developed by CMS helps promote national correct coding methodologies and controls improper coding. The coding policies developed are based on coding conventions defined in:

- *The American Medical Association's (AMA'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 13.2, includes all previous versions and updates from January 1, 1996, to the present and will be organized in two tables:

- *Column 1/ Column 2 Correct Coding Edits, and*
- *Mutually Exclusive Code (MEC) Edits.*

Additional Information

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

The official instruction, CR 5604, issued to your carrier and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1243CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5604/May 18, 2007/ML-dg

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE DE 2007 DE LOS CÓDIGOS HCPCS ACTUALIZADOS ANUALMENTE Y UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Esta notificación proporciona actualizaciones a las listas de los códigos comunes del sistema de codificación de Procedimiento Común (HCPCS) que están sujetos a la facturación consolidada de los Centros de Enfermería Especializada, provisión de la tarifa de pago por servicio (PPS).

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/MM5636.pdf>.

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

Billing Policies

OCTOBER QUARTERLY UPDATE TO 2007 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED

This notification provides updates to the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (PPS).

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/MM5636.pdf> on the CMS web site.

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

CR5636/transR1266/MM5636/MAR

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL CONTRATISTA DE MEDICARE DEL ICD-9-CM

La petición de cambio (CR) 5643 de la cual se tomó este artículo, le recuerda a los contratistas y proveedores de Medicare que la actualización anual del ICD-9-CM estará vigente para fecha de servicios a partir del 1 de octubre de 2007.

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/MM5643.pdf>.

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

MEDICARE CONTRACTOR ANNUAL UPDATE OF THE ICD-9-CM

CR 5643, from which this article is taken, reminds the Medicare contractors and providers that the annual ICD-9-CM update will be effective for dates of service on and after October 1, 2007.

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/MM5643.pdf> on the CMS web site.

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

CR5643/Trans. R1269CP/MM5643 ab

Políticas de Pago

USO APROPIADO DEL MODIFICADOR “59”

Este artículo de edición especial se está proporcionando con el propósito de clarificar el uso apropiado del modificador “59”.

Bajo ciertas circunstancias, un médico puede necesitar indicar que un procedimiento o servicio fue distinto o independiente de otros servicios. En estos casos utilizar el modificador “59” puede ser apropiado dependiendo de las circunstancias.

El modificador “59” se utiliza para identificar procedimientos o servicios que normalmente no se reportan juntos. Esto incluye los siguientes procedimientos o servicios que no se encuentran comúnmente o que se llevan a cabo el mismo día por el mismo médico:

- Diferente
 - Sesión o encuentro con el paciente
 - Procedimiento o cirugía
 - Sitio o sistema de órgano
- Separado
 - Incisión/escisión
 - Lesión
 - Herida

Para la Iniciativa de Codificación Correcta (NCCI, según sus siglas en inglés) el propósito principal del modificador “59” es indicar que dos o más procedimientos se llevan a cabo en diferentes áreas anatómicas o durante diferentes encuentros con el paciente. Sólo se debe utilizar cuando ningún otro modificador puede describir la relación entre dos o más códigos de procedimiento.

El modificador “59” y otros modificadores asociados con NCCI **no deben utilizarse** para pasar por alto un édito NCCI a menos que cumplan los criterios apropiados para el uso del modificador. La documentación en el record médico debe satisfacer los criterios requeridos por cualquier modificador NCCI asociado que se utilice.

Billing Policies

PROPER USE OF MODIFIER “59”

This special edition article is being provided by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to clarify the proper use of modifier “59”.

Under certain circumstances, a physician may need to indicate that a procedure or service was distinct or independent from other services, and modifier “59” may be appropriate depending on the circumstances. Modifier “59” is used to identify procedures or services that are not normally reported together. This includes the following procedures or services that are not ordinarily encountered or performed on the same day by the same physician:

- *A different*
 - Session or patient encounter,*
 - Procedure or surgery,*
 - Site or organ system, o*
- *A separate*
 - Incision/excision,*
 - Lesion, or*
 - Injury (or area of injury in extensive injuries)*

For the NCCI, the primary purpose of modifier “59” is to indicate that two or more procedures are performed at different anatomic sites or during different patient encounters . It should only be used if no other modifier more appropriately describes the relationships of the two or more procedure codes.

*Modifier “59” and other NCCI-associated modifiers **should NOT be used** to bypass an NCCI edit unless the proper criteria for use of the modifier is met. Documentation in the medical record must satisfy the criteria required by any NCCI-associated modifier used.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

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/SE0715.pdf>.

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

Billing Policies

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/SE0715.pdf> on the CMS web site.

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

SE0715/MAR

RESPUESTAS INVÁLIDAS DE INFORMACIÓN NO SOLICITADA (IUR) GENERADA DEL COMMON WORKING FILE DE MEDICARE SOBRE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADAS

Cambios al sistema de Medicare tal vez causaron que se rechazaran reclamaciones de Parte B y equipo médico duradero (DME) que coincidieron con un periodo cubierto de un beneficiario recluido en un Centro de enfermería especializado (SNF) y cuyos beneficios se habían agotado. Esto se debió a la implementación de la petición de cambio (CR) 4292 (Benefits Exhaust and No-Payment for Medicare FIs and SNFs). Esta situación tal vez afectó algunas reclamaciones procesadas por Medicare durante el periodo del 2 de octubre de 2006 al 29 de enero de 2007, cuando se corrigió el sistema. CMS les impartió instrucciones a los contratistas para que corrijan cualquier reclamación que se haya ajustado como resultado de este problema.

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/MM5587.pdf>.

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

INVALID SKILLED NURSING FACILITY (SNF) INFORMATIONAL UNSOLICITED RESPONSES (IURS) FROM MEDICARE'S COMMON WORKING FILE (CWF) SYSTEM

Medicare system changes may have inadvertently rejected outpatient, Part B, and DME claims that overlapped periods of a SNF stay by a beneficiary, whose Medicare SNF benefits were exhausted. This was due to system changes related to Change Request (CR) 4292 (Benefits Exhaust and No-Payment for Medicare FIs and SNFs). This problem may have affected some of your claims processed by Medicare from October 2, 2006 until January 29, 2007, when Medicare systems were fixed. CMS has directed Medicare contractors to correct any claims that were adjusted as a result of the problem.

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/MM5587.pdf> on the CMS web site.

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

CR5587/Trans. R2740TN/MM5587 ab

Políticas de Pago

DESCONTINUACIÓN DEL REGISTRO DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL MÉDICO (UPIN)

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5584, que anuncia que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) discontinuarán la asignación del Número de Identificación Única para Médicos (UPIN, por sus siglas en inglés) a partir del 29 de junio de 2007.

Lo Que Usted Necesita Saber

El Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés), es un requisito de la Ley HIPAA del año 1996, y el NPI reemplazará el uso de los UPINs y de otros identificadores de legado existentes (sin embargo, CMS recientemente anunció un plan de contingencia que permite el uso de números de legado por un período de tiempo más allá del 23 de mayo de 2007. Bajo el plan de contingencia del sistema de pago por servicio de Medicare, los UPINs y los UPINs sustitutos todavía pueden ser usados para identificar a los proveedores que ordenan y refieren, así como a los suplidores, hasta nuevo aviso). Existe información sobre este plan de contingencia en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/NationalProvdentStand/downloads/NPI_Contingency.pdf.

Billing Policies

DISCONTINUANCE OF THE UNIQUE PHYSICIAN IDENTIFICATION NUMBER (UPIN) REGISTRY

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, Durable Medical Equipment 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) 5584 which announces that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will discontinue assigning Unique Physician Identification Numbers (UPINs) on June 29, 2007.

What You Need to Know

The National Provider Identifier (NPI) is a requirement of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), and the NPI will replace the use of UPINs and other existing legacy identifiers. (However,

CMS recently announced a contingency plan that allows for use of legacy numbers for some period of time beyond May 23, 2007. Under the Medicare FFS contingency plan, UPINs and surrogate UPINs may still be used to identify ordering and referring providers and suppliers until further notice.) Information on that contingency plan is at http://www.cms.hhs.gov/NationalProvdentStand/downloads/NPI_Contingency.pdf on the CMS site.)

Cont. on next page

Políticas de Pago

Lo Que Usted Necesita Hacer

Si usted no tiene un NPI, debe obtener uno tan pronto le sea posible. Solicitar un NPI es rápido, fácil y gratis. Visite el sitio Web del *National Plan and Provider Enumeration System* (NPPES) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <https://nppes.cms.hhs.gov/>. Para detalles, vea las secciones “*Trasfondo*” e “*Información Adicional*” de este artículo.

Trasfondo

Por ley, a CMS se le impuso a que estableciera un identificador que pudiera ser utilizado en las reclamaciones de Medicare para identificar, de manera única, a los proveedores y suplidores que ordenan servicios a los pacientes de Medicare, o para los que refieren pacientes de Medicare a los médicos y algunos otros suplidores. El UPIN se estableció para cumplir con este requisito. CMS asigna UPINs a aquellos médicos y suplidores elegibles a los cuales Medicare les permite ordenar o referir dentro del Programa de Medicare. Las reclamaciones de Medicare de servicios ordenados, o de servicios que resultaron de referidos, deben incluir el UPIN con el propósito de identificar al proveedor/suplidor que ordenó dicho servicio o que hizo el referido.

El 23 de enero de 2004, el Secretario de Salud y Servicios Humanos publicó una Reglamentación Final donde se adoptó un identificador único de salud estándar para identificar a los proveedores de servicios de salud en las transacciones para las cuales el Secretario ha adoptado estándares (conocidas como transacciones estándar HIPAA). Este identificador es el Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés). El NPI sustituye todos los identificadores de legado del proveedor que se utilizan en las transacciones estándar HIPAA, incluyendo el UPIN que identifica a los proveedores de servicios de salud.

Todas las entidades cubiertas bajo la Ley HIPAA (planes de salud, casas de facturación de servicios de salud, y aquellos proveedores que transmiten cualquier información electrónicamente en conexión con una transacción HIPAA estándar), se les requiere mediante esta regulación que comiencen a utilizar el NPI en esas transacciones

Billing Policies

What You Need to Do

If you do not have an NPI, you should obtain one as soon as possible. Applying for an NPI is fast, easy and free by going to the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) website at <https://nppes.cms.hhs.gov/>. See the Background and Additional Information Sections of this article for further details.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) was required by law to establish an identifier that could be used in Medicare claims to uniquely identify providers/suppliers who order services for Medicare patients or who refer Medicare patients to physicians and certain other suppliers. The UPIN was established to meet this requirement. CMS assigns UPINs to those physicians and eligible suppliers who are permitted by Medicare to order or refer in the Medicare program. Medicare claims for services that were ordered or for services that resulted from referrals must include UPINs to identify the providers/suppliers who ordered the services or made the referral.

On January 23, 2004, the Secretary of Health and Human Services published a Final Rule in which the Secretary adopted a standard unique health identifier to identify health care providers in transactions for which the Secretary has adopted standards (known as HIPAA standard transactions). This identifier is the National Provider Identifier (NPI). The NPI will replace all legacy provider identifiers that are used in HIPAA standard transactions, including the UPIN, to identify health care providers. All HIPAA covered entities (health plans, health care clearinghouses, and those health care providers who transmit any data electronically in connection with a HIPAA standard transaction) are required by that regulation to

Cont. on next page

Políticas de Pago

no más tarde del 23 de mayo de 2007. (Los planes de salud pequeños tienen hasta el 23 de mayo de 2008.) Medicare también está requiriendo el uso del NPI en reclamaciones en papel no más tarde del 23 de mayo de 2007; vea la nota en el siguiente encasillado sobre la fecha de implementación del 23 de mayo de 2007 por parte de Medicare.

Nota importante: A partir del 23 de mayo de 2007, Medicare FFS está estableciendo un plan de contingencia para la implementación del Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés). En este plan, tan pronto como Medicare considere que el número de reclamaciones sometidas con un NPI para proveedores primarios es suficiente (Facturación, Pagos-A, y Proveedores que prestan servicio), luego de la notificación por adelantado a los proveedores, Medicare comenzará a rechazar reclamaciones que no contengan el NPI para proveedores primarios, posiblemente tan pronto como el 1 de julio de 2007. Para más información sobre este plan de contingencia, acceda el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.NationalProvidentStand/>. Este plan de contingencia no afecta los planes de CMS de discontinuar la asignación de UPINs el 29 de junio de 2007, o los planes de inactivar la función de búsqueda de UPIN a partir del 30 de septiembre de 2007.

CMS discontinuará la asignación de UPINs el 29 de junio de 2007, pero CMS mantendrá su función de búsqueda pública del UPIN y la opción de Registro en el sitio Web <http://www.upinregistry.com/> hasta el 20 de septiembre de 2007.

Información Adicional

Para información adicional sobre los requisitos y el uso del NPI, vea el artículo **MLN4023** (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4023.pdf>), titulado "Requirements for Use and Editing of National Provider Identifier (NPI) Numbers Received in Electronic Data Interchange Transactions, via Direct Data Entry Screens or Paper Claim Forms", y el artículo MLN4293 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4293.pdf>), titulado "Revised CMS-1500 Claim

Billing Policies

begin using NPIs in these transactions no later than May 23, 2007 (small health plans have until May 23, 2008). Medicare is also requiring the use of NPIs in paper claims no later than May 23, 2007, but see the note in the following box regarding the May 23, 2007 implementation by Medicare.

Important Note: *Effective May 23, 2007, Medicare FFS is establishing a contingency plan for implementing the National Provider Identifier (NPI). In this plan, as soon as Medicare considers the number of claims submitted with an NPI for primary providers (Billing, pay-to and rendering providers) is sufficient, Medicare (after advance notification to providers) will begin rejecting claims without an NPI for primary providers, perhaps as early as July 1, 2007. For more information on this contingency plan, please visit the NPI dedicated website: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvidentStand/>. This contingency plan does not affect CMS plans to discontinue assigning UPINs on June 29, 2007 or to disable the UPIN "look-up" functionality as of September 30, 2007.*

The CMS will discontinue assigning on June 29, 2007, but CMS will maintain its UPIN public "look-up" functionality and Registry website (<http://www.upinregistry.com/>) through September 30, 2007.

Additional Information

For additional information regarding NPI requirements and use, please see MLN Matters articles, MM4023 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4023.pdf>) titled Requirements for Use and Editing of National Provider Identifier (NPI) Numbers Received in Electronic Data Interchange Transactions, via Direct Data Entry Screens or Paper Claim Forms, and MM4293 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4293.pdf>) titled Revised CMS-1500 Claim Form, which

Cont. on next page

Políticas de Pago

Form”, el cual describe las revisiones hechas al formulario de reclamación CMS-1500 (12-90) para proveer espacio donde informar el NPI (ahora conocido como el formulario CMS-1500 (08-05)).

La instrucción oficial (CR5584) enviada a su Contratista, Intermediario, RHHI, A/B MAC y DME MAC sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R207PI.pdf>.

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

Billing Policies

describes the revision of claim form CMS-1500 (12-90) to accommodate the reporting of the National Provider Identifier (NPI) and renamed CMS-1500 (08-05).

The official instruction, CR5584, issued to your carrier, intermediary, RHHI, A/B MAC and DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R207PI.pdf> on the CMS website.

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

MM5584/May 31, 2007SNP-DG

NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

Proveedores Afectados

Todos los proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios de laboratorio de diagnóstico clínico.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR 5484, del cual se extrae este artículo, notifica a sus Contratistas y A/B MACs sobre las nuevas pruebas aprobadas por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) (con vigencia el 4 de octubre de 2006) que obtienen dispensa bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA) del 1988), a fin de que ellos puedan procesar sus reclamaciones de manera precisa.

Trasfondo

Primero, recuerde que las regulaciones CLIA requieren que un establecimiento de laboratorio esté debidamente certificado para cada prueba que realiza. Además, con el fin de asegurar que Medicare & Medicaid solamente paguen por pruebas de laboratorio en la categoría “waived complexity” bajo CLIA, en instalaciones con un certificado de dispensa CLIA, las reclamaciones de laboratorio se editan actualmente a nivel de certificado CLIA.

NEW WAIVED TESTS

Provider Types Affected

Providers and suppliers who bill Medicare carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for clinical diagnostic laboratory services.

Provider Action Needed

CR 5484, from which this article is taken, notifies your carriers and A/B MACs of the new Food and Drug Administration (FDA)-approved tests (effective October 4, 2006) that are waived under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), so that they can accurately process your claims.

Background

First, remember that CLIA regulations require a laboratory facility to be appropriately certified for each test it performs. Further, to ensure that Medicare & Medicaid only pay for laboratory tests categorized as waived complexity under CLIA in facilities with a CLIA certificate of waiver, laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Algún trasfondo específico con respecto a las pruebas de dispensa puede también ser de ayuda en este momento. Estas nuevas pruebas de laboratorio (que la FDA aprueba según van fluyendo) son válidas (y mercadeadas) tan pronto reciben aprobación. Por lo tanto, tan pronto se recibe información de la FDA respecto a las aprobaciones de las pruebas, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) deben notificar inmediatamente a los Contratistas y los A/B MACs para que estén listos para procesar reclamaciones cuando se sometan. El CR 5484, del cual se extrae este artículo, anuncia las más recientes pruebas aprobadas por la FDA como pruebas con dispensa bajo CLIA. Estas pruebas se describen en el párrafo que sigue, y se denota en color rojo y letras negrillas en la Tabla 1 a continuación. Note que cada uno de los códigos CPT para estas nuevas pruebas debe tener el modificador QW para que sean reconocidos como prueba con dispensa, y que estas nuevas pruebas con dispensa entraron en vigor el 4 de octubre de 2006.

Nuevas pruebas con dispensa de la FDA bajo CLIA

- El código CPT/HCPCS, 82042QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *albumin test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc) {whole blood}*.
- El código CPT/HCPCS, 82150QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *amylase test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- El código CPT/HCPCS, 82247QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *total bilirubin test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- El código CPT/HCPCS, 82977QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *gamma glutamyltransferase (GGT) test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.

Billing Policies

Some specific background about waived tests may, at this point, also be helpful. These new laboratory tests (which the FDA approves on a flow basis) are valid (and marketed) as soon as they are approved. Therefore, as soon as informed by the FDA of the test approvals, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) must immediately notify the carriers and A/B MACs so that they are ready to process claims when submitted. CR 5484, from which this article is taken, announces the latest tests approved by the FDA as waived tests under CLIA. These tests are described in the bulleted paragraph (below), and displayed in red/bold print in Table 1, that follows. Note that each of the

Procedural Terminology (CPT) codes for these new tests must have the modifier QW to be recognized as a waived test, and that these new waived tests are effective on October 4, 2006.

New FDA Waived Tests Under CLIA

- *CPT/HCPCS code, 82042QW, has been assigned for the albumin test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- *CPT/HCPCS code, 82150QW, has been assigned for the amylase test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- *CPT/HCPCS code, 82247QW, has been assigned for the total bilirubin test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- *CPT/HCPCS code, 82977QW, has been assigned for the gamma glutamyltransferase (GGT) test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc) {whole blood}*.

Cont. on next page

Políticas de Pago

- El código CPT/HCPCS, 84075QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *alkaline phosphatase test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- El código CPT/HCPCS, 84157QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *total protein test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- El código CPT/HCPCS, 84520QW, ha sido asignado para la siguiente prueba: *urea (BUN) test performed using the Arkray SPOTCHEM EZ Chemistry Analyzer*.

Billing Policies

- *CPT/HCPCS code, 84075QW, has been assigned for the alkaline phosphatase test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- *CPT/HCPCS code, 84157QW, has been assigned for the total protein test performed using the Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}*.
- *CPT/HCPCS code, 84520QW, has been assigned for the urea (BUN) test performed using the Arkray SPOTCHEM EZ Chemistry Analyzer*.

Tabla 1 - Nuevas pruebas con dispensa de la FDA bajo CLIA*
Table 1 - Latest FDA Waived Tests Under CLIA*

Código CPT / Modificador CPT Code/Modifier	Fecha de Vigencia Effective Date	Descripción Description
84450QW and 84460QW	August 16, 2005	Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer(Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}
87899QW	March 30, 2006	Rapid Pathogen Screening RPS Adeno Detector
86308QW	July 27, 2006	PerMaxim RediScreen Mononucleosis {Whole Blood}
82274QW, G0328QW	August 3, 2006	Enterix Insure II Fecal Immunochemical Test
82274QW, G0328QW	August 9, 2006	Teco Rapid Fecal Occult Blood (FOB) Card Test
82274QW, G0328QW	September 22, 2006	OcculTech Fecal Occult Blood Rapid Test
82042QW, 82150QW, 82247QW, 82977QW, 84075QW, and 84157QW	October 4, 2006	Abaxis Piccolo Point of Care Chemistry Analyzer (Liver Panel Plus Reagent Disc){whole blood}
84520QW	October 4, 2006	Arkray SPOTCHEM EZ Chemistry Analyzer {whole blood} for urea (BUN)
84450QW	October 5, 2006	Arkray SPOTCHEM EZ Chemistry Analyzer{whole blood} for aspartate aminotransferase (AST)(SGOT)
85018QW	October 10, 2006	HemoCue Hb 301 System
87999QW	October 16, 2006	Genzyme Diagnostics OSOM BVBlue Test
87880QW	November 1, 2006	Inverness Medical BioStar Acceava Strep A Test
80101QW	November 14, 2006	Branan Medical Corporation, QuickTox Drug Screen Dipcard
80101QW	November 14, 2006	Branan Medical Corporation, FasTox Multiple Drug Dipcard
86308QW	November 22, 2006	LifeSign Status Mono {for whole blood}

*Los códigos CPT para estas nuevas pruebas deben tener el modificador QW para que puedan ser reconocidos como "pruebas con dispensa".

**The Current Procedural Terminology (CPT) codes for these new tests must have the modifier QW to be recognized as a waived test.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Además, también es importante que usted observe que las pruebas incluidas en la tabla 2, indicadas más abajo, no requieren el uso de un modificador QW para ser reconocidas como “pruebas con dispensa”.

Billing Policies

In addition, it is also important that you note that the tests displayed in table 2, below, do not require a QW modifier to be recognized as a waived test.

Tabla 2 - Nuevas pruebas con dispensa que no requieren el Modificador QW
Table 2 - Waived Tests That Do Not Require the QW Modifier

Código(s) CPT CPT Code(s)	Nombre de la Prueba Test Name	Manufacturero Manufacturer	Uso Use
81002	Dipstick or tablet reagent urinalysis – non-automated for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketone, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, and urobilinogen	Various	Screening of urine to monitor/diagnose various diseases/conditions, such as diabetes, the state of the kidney or urinary tract, and urinary tract infections
81025	Urine pregnancy tests by visual color comparison	Various	Diagnosis of pregnancy
82270 82272 G0394 (Contact your Medicare carrier for claims instructions.)	Fecal occult blood	Various	Detection of blood in feces from whatever cause, benign or malignant (colorectal cancer screening)
82962	Blood glucose by glucose monitoring devices cleared by the FDA for home use	Various	Monitoring of blood glucose levels
83026	Hemoglobin by copper sulfate – non-automated	Various	Monitors hemoglobin level in blood
84830	Ovulation tests by visual color comparison for human luteinizing hormone	Various	Detection of ovulation (optimal for conception)
85013	Blood count; spun microhematocrit	Various	Screen for anemia
85651	Erythrocyte sedimentation rate – non-automated	Various	Nonspecific screening test for inflammatory activity, increased formajority of infections, and most cases of carcinoma and leukemia

Nota final: Los Contratistas y los A/B MACs no tienen que buscar en sus archivos, ya sea para retractarse de pagos o para pagar retroactivamente reclamaciones afectadas por este cambio que fueron procesadas antes de la implementación del mismo; sin embargo, ajustarán las reclamaciones que usted traiga a su atención.

Final note: Carriers and A/B MACs do not need to search their files to either retract payment or retroactively pay affected claims processed prior to the implementation of this change, however, they will adjust claims that you bring to their attention.

Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5484), enviada a su Contratista de la Parte B o Contratista A/B MAC, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1195CP.pdf>. Como anejo a ese CR, encontrará la lista completa de pruebas de laboratorio que recibieron estatus de dispensa bajo CLIA. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Additional Information

You can find the official instruction, CR5484, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1195CP.pdf> on the CMS website. As an attachment to that CR, you will find the complete list of laboratory tests granted waived status under CLIA. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

MM5484/March 9, 2007/SNP-DG

Políticas de Pago

CORRECCIONES AL CR5404: NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], por servicios rendidos a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La Petición de Cambio (CR) 5482, de donde se extrae este artículo, corrige la información suministrada en el CR 5404 (publicada el 24 de noviembre de 2006).

Lo que Usted Necesita Saber

El CR 5404, que informa a los Contratistas de la Parte B y a los A/B MACs acerca de las nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) bajo la enmienda de mejoras a los laboratorios clínicos (CLIA por su siglas en inglés) del 1988, contenía un código CPT incorrecto para la prueba *Gryphus Diagnostic BVBlue*. El código correcto para esta prueba es el 87999QW (procedimiento microbiológico no listado).

Lo que Usted Necesita Hacer

Debe asegurarse que su personal de facturación esté informado con respecto a la corrección de este código CPT, y de que facturen de acuerdo al mismo.

Trasfondo

El CR 5404, que informa a los Contratistas de la Parte B y a los A/B MACs sobre las nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la FDA bajo CLIA del 1988, contenía un CPT incorrecto para la prueba *Gryphus Diagnostic BVBlue*. Tanto en la tabla en la sección de **Trasfondo** del anejo *Recurring Update Notification*, como en el anejo de la lista de pruebas con dispensa, el CR 5404 refleja al código CPT para el *Gryphus Diagnostic BVBlue* como el código CPT **87899QW**.

Billing Policies

CORRECTION TO CR5404: NEW WAIVED TESTS

Provider Types Affected

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

Provider Action Needed

Change Request (CR) 5482, from which this article is taken, corrects information provided in CR 5404 (released November 24, 2006).

What You Need to Know

CR 5404, which informed carriers and A/B MACS about new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), contained an incorrect Current Procedural Terminology (CPT) code for the Gryphus Diagnostics BVBlue test. The correct code for this test is 87999QW (Unlisted microbiology procedure).

What You Need to Do

You should ensure that your billing staffs are made aware of this CPT code correction, and bill accordingly.

Background

CR 5404, which informed carriers and A/B MACS of new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under the Clinical Laboratory

*Improvement Amendments of 1988 (CLIA), contained an incorrect CPT for the Gryphus Diagnostics BVBlue test. In both the table in the **background section** of the Recurring Update Notification attachment and in the waived test list attachment, CR 5404 listed the CPT code for the Gryphus Diagnostics BVBlue as CPT Code: **87899QW**.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

El código CPT 87899 se utiliza para pruebas de detección de actividad de agentes infecciosos por medio de inmunoanálisis con observación óptica directa; no especificado de otra manera. En contraste, la prueba *Gryphus Diagnostic BVBlue* es una prueba de actividad enzimática que detecta actividad “sialidase” en los especímenes de fluido vaginal y no es una prueba de inmunoanálisis. El código en esta tabla y en la lista de pruebas con dispensa que se adjunta debería haber sido el 87999QW (procedimiento microbiológico no listado). Ver la tabla para los códigos correctos más adelante.

Nota: El resto de la información en el CR 5404 queda igual.

Billing Policies

*The CPT code 87899 is for infectious agent activity detection tests by immunoassay with direct optical observation; not otherwise specified. In contrast, the *Gryphus Diagnostics BVBlue* test is an enzyme activity test that detects sialidase activity in vaginal fluid specimens and is not an immunoassay test. The code in this table and in the waived test list attachment should have been 87999QW (Unlisted microbiology procedure). See the table below for the correct codes.*

Note: All the other information in CR 5404 remains the same.

Tabla 1 - Códigos CPT para Nuevas pruebas con dispensa de la FDA
Table 1 - CPT Codes for FDA Approved New Waived Tests

Código CPT / Modificador <i>CPT Code/Modifier</i>	Fecha de Vigencia <i>Effective Date</i>	Descripción <i>Description</i>
82274QW, G0328QW	June 15, 2006	Immunostics, Inc., hema-screen Specific Immunochemical Fecal Occult Blood Test
87999QW	June 30, 2006	Gryphus Diagnostics BVBlue
83655QW	September 18, 2006	ESA Biosciences LeadCare II Blood Lead Testing System (whole blood)

Debe recordar que las regulaciones CLIA requieren que un establecimiento de laboratorio esté debidamente certificado para cada prueba que realiza y que las reclamaciones de laboratorio se editan actualmente a nivel de certificación CLIA.

Nota: Los Contratistas y los A/B MACs no buscarán en sus archivos para corregir reclamaciones afectadas que hayan sido procesadas antes de la fecha de implementación de este cambio, pero ajustarán cualquier reclamación que usted le identifique.

Información Adicional

Usted encontrará la instrucción oficial (CR5482) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1197CP.pdf>.

El artículo MLN Matters MM5404 (relacionado al CR5404) se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5404.pdf>.

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

You should remember that the CLIA regulations require a facility to be appropriately certified for each test performed, and that laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level.

Note: Carriers and A/B MACs will not search their files to correct affected claims processed prior to the implementation date of this change, but will adjust any claims that you bring to their attention.

Additional Information

You can find the official instruction, CR 5482, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1197CP.pdf> on the CMS website.

The MLN Matters article, MM5404, related to CR5404 may be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5404.pdf> on the CMS website.

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

MM5482/March 9, 2007/snp-dg

Políticas de Pago

ACTUALIZACION DE ABRIL DEL 2007 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 pagados bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Este artículo y la petición de cambio relacionada (CR 5528) desea que los proveedores se informen respecto a los archivos de pago que fueron emitidos a los contratistas basados en la Reglamentación Final MPFS de diciembre 1, 2006. El CR5528 enmienda esos archivos de pago.

La siguiente tabla refleja los cambios clave del CR5528:

CPT/HCPCS	ACTION
17311	Multiple Procedure Indicator – 0
17313	Multiple Procedure Indicator – 0
36478	Transitional Non-Facility PE RVU = 41.71 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 26.53 (Informational Only)
37210	Transitional Non-Facility PE RVU = 79.88 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 79.88 (Informational Only)
77056 Global	Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 1.96 (Informational Only) Fully Implemented Facility PE RVU = 1.96 (Informational Only)
77056 – TC	Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 1.72 (Informational Only) Fully Implemented Facility PE RVU = 1.72 (Informational Only)
93225	Transitional Non-Facility PE RVU = 1.14 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 0.85 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 1.14 Fully Implemented Facility PE RVU = 0.85 (Informational Only)

Billing Policies

APRIL UPDATE 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 related Change Request (CR) 5528 wants providers to know that payment files were issued to contractors based upon the December 1, 2006, MPFS Final Rule. CR5528 amends those payment files.

The following table reflects the key changes from CR5528:

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS	ACTION
93226	Transitional Non-Facility PE RVU = 1.93 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 1.18 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 1.93 Fully Implemented Facility PE RVU = 1.18 (Informational Only)
93231	Transitional Non-Facility PE RVU = 1.32 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 0.71 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 1.32 Fully Implemented Facility PE RVU = 0.71 (Informational Only)
93232	Transitional Non-Facility PE RVU = 1.97 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 1.34 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 1.97 Fully Implemented Facility PE RVU = 1.34 (Informational Only)
95991	Transitional Facility PE RVU = 0.17 Fully Implemented Facility PE RVU = 0.18 (Informational Only)

Los códigos en la siguiente tabla están agrupados (bundled) o son códigos “no-válidos” para propósitos de Medicare. Los valores relativos por unidad para estos códigos han sido establecidos como una cortesía para el público en general. Estos códigos quedarán agrupados o “no-válidos” para propósitos de Medicare a pesar de que los valores relativos por unidad hallan sido establecidos.

The codes in the following table are either bundled or not valid for Medicare purposes. Values for these codes have been established as a courtesy to the general public. These codes will remain bundled or not valid for Medicare purposes even though relative value units have been established.

CPT/HCPCS	ACTION
78351	Transitional Non-Facility PE RVU = 1.41 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 0.47 (Informational Only)
98960	Transitional Non-Facility PE RVU = 0.57 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 0.57 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 0.57 Fully Implemented Facility PE RVU = 0.57 (Informational Only)
98961	Transitional Non-Facility PE RVU = 0.27 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 0.27 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 0.27 Fully Implemented Facility PE RVU = 0.27 (Informational Only)
98962	Transitional Non-Facility PE RVU = 0.20 Fully Implemented Non-Facility PE RVU = 0.20 (Informational Only) Transitional Facility PE RVU = 0.20 Fully Implemented Facility PE RVU = 0.20 (Informational Only)

Cont. on next page

Políticas de Pago

Estos cambios entrar en vigor el 1 de enero de 2007. Sin embargo, se hace constar que los contratistas de Medicare no buscarán en sus archivos, ya sea para retractarse del pago de reclamaciones ya procesadas ni para pagar reclamaciones retroactivamente. Sin embargo, los contratistas ajustarán las reclamaciones que usted le identifique.

Información Adicional

El CR5528 es la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC. Esa instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1188CP.pdf>.

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

Billing Policies

These changes are effective January 1, 2007. However, providers may wish to note that Medicare contractors will not search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims. However, contractors will adjust claims that you bring to their attention.

Additional Information

CR5528 is the official instruction (CR5528) 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/R1188CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5528/February 26, 2007/ml-dg

IMPLEMENTACIÓN DE LA REGLAMENTACION DE PRECIOS POR JURISDICCIÓN DE CONTRATISTAS PARA TODA RECLAMACIÓN DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICOS COMPRADOS

Proveedores Afectados

Médicos, Laboratorios, y Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs por sus siglas en inglés) que facturan a Contratistas/Contratistas Administrativos de Medicare (MAC por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de diagnóstico comprados.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR 5543, de donde se obtiene este artículo, reemplaza las instrucciones temporeras de facturación médica especificadas en el CR 3630 (publicado el 23 de diciembre de 2004) con nuevos procedimientos de facturación (vigentes el 1 de octubre de 2007) que permiten a todos los médicos y los suplidores recibir la cantidad correcta de pago por todos los servicios de diagnóstico comprados, incluyendo aquellos realizados fuera de la jurisdicción local de su Contratista/Contratista MAC de Medicare.

IMPLEMENTATION OF THE CARRIER JURISDICTIONAL PRICING RULES FOR ALL PURCHASED DIAGNOSTIC SERVICE CLAIMS

Provider Types Affected

Physicians, laboratories, and Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs) who bill carriers/Medicare Administrative Contractors (MAC) for purchased diagnostic services.

Provider Action Needed

CR 5543, from which this article is taken, replaces the temporary physician billing instructions specified in CR 3630 (issued on December 23, 2004) with new billing procedures that (effective October 1, 2007) allow all physicians and suppliers to receive the correct payment amount for all purchased diagnostic services, including those performed outside of their local carrier's/Medicare Administrative Contractor's (MAC) jurisdiction.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Trasfondo

Mediante el CR 3481, CMS implementó en 1 de abril de 2005 un archivo nacional abstracto de Tarifas Fijas de Médicos de Medicare (MPFS por sus siglas en inglés) que contiene los códigos del Sistema de Codificación de Procedimiento Común de Cuidado de Salud (HCPCS por sus siglas en inglés), que pueden facturarse como una prueba/interpretación de diagnóstico comprada, para cada localidad a través de toda la nación. Con la implementación de este archivo, CMS cambió las reglas de precio jurisdiccional de los contratistas para pruebas/interpretaciones de diagnóstico compradas, con el fin de permitir a los suplidores (incluyendo a los laboratorios, médicos, y IDTFs) facturar a su contratista local/MAC por estos servicios, y que reciban el pago de la cantidad correcta, sin importar la localidad donde se rindió el servicio. (Vea el CR3481, del 29 de octubre de 2004.)

Nota: Las reglas de precio jurisdiccional del Contratista para todos los otros servicios pagaderos bajo el MPFS continúan vigentes.

Sin embargo, CMS retrasó la implementación de las instrucciones de facturación del CR3481 para los médicos debido a un problema potencial que se había observado previamente cuando se reportaba la información sobre la localidad del médico en las reclamaciones de dichos servicios realizados fuera de la jurisdicción del contratista. Por eso, a través del CR 3630, CMS implementó un cambio temporero en las reglas de precio jurisdiccional del contratista para servicios de diagnóstico comprados, y así permitir que los médicos que suministran diagnósticos/pruebas/interpretaciones fuera de la jurisdicción puedan facturar a sus contratistas locales por estos servicios y recibir el pago de acuerdo a la tarifa local.

El CR 5543, de donde se extrae este artículo, reemplaza las instrucciones temporeras de facturación para médicos que están especificadas en el CR 3630 con nuevos procedimientos de facturación para permitir que todos los médicos y los suplidores reciban la cantidad de pago correcta por todos los servicios de diagnóstico comprados

Billing Policies

Background

Through CR 3481, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), on April 1, 2005, implemented a Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) national abstract file containing the Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) codes, billable as a purchased diagnostic test/interpretation, for every locality throughout the country. With this file's implementation, CMS changed the carrier jurisdictional pricing rules for purchased diagnostic tests/interpretations to allow suppliers (including laboratories, physicians, and independent diagnostic testing facilities) to bill their local carrier/MAC for these services and receive the correct payment amount, regardless of the location where the service was performed. (See CR 3481, issued on October 29, 2004)

Note: Carrier jurisdictional pricing rules for all other services payable under the MPFS have remained in effect.

However, CMS delayed implementation of the CR3481's billing instructions for physicians, because of a previously noted potential problem with reporting the locality data in physician claims for such services performed outside of the local carrier's jurisdiction. Rather, through CR 3630, CMS implemented a temporary change in the carrier jurisdictional pricing rules for purchased diagnostic services to allow physicians providing out-of-jurisdiction diagnostic tests/interpretations to bill their local carrier for these services and receive the local rate.

CR 5543, from which this article is taken, replaces the temporary physician billing instructions specified in CR 3630 with new billing procedures to allow all physicians and suppliers to receive the correct payment amount for all purchased diagnostic services

Cont. on next page

Políticas de Pago

(a base del código postal de la localidad donde se rindió el servicio, de acuerdo con las reglas de precio jurisdiccional del contratista), incluso aquellos servicios prestados fuera de la jurisdicción local del contratista, vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2007.

Los puntos clave del CR 5543 incluyen:

- Vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de octubre de 2007, los contratistas/MACs usarán el archivo abstracto nacional MPFS para pruebas/interpretaciones de diagnóstico compradas, para ponerle precio a todas las reclamaciones de servicios de diagnóstico comprados, a base del código postal de la localidad donde se prestó el servicio, incluyendo aquellos sometidos por médicos por concepto de servicios de diagnóstico realizados fuera de la jurisdicción local del contratista, de acuerdo con las reglas de precio jurisdiccionales del contratista especificadas en el Capítulo 1, Sección 10.11 del *Medicare Claims Processing Manual*.

Nota: Los Contratistas/MACs pagarán la tarifa local para reclamaciones de pruebas de diagnóstico compradas cuando las somete un médico, con una fecha de servicio anterior al 1 de octubre de 2007.

- Los médicos y suplidores deben comenzar a reportar la información del médico/suplidor que rindió los servicios incluyendo la localidad de donde fue rendido el servicio para todas las reclamaciones de pruebas/interpretaciones compradas con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2007, incluyendo aquellas pruebas/interpretaciones realizadas fuera de la jurisdicción local del contratista, siguiendo las instrucciones para someter una reclamación de servicio de diagnóstico comprado en el Capítulo 1, Secciones 10.1.1.2 y 30.2.9 del *Medicare Claims Processing Manual*.
- Los médicos y suplidores debe recordar que sólo pueden someter reclamaciones para pruebas/interpretaciones compradas cuando dichos servicios se realizan dentro de la

Billing Policies

(based on the ZIP code of the location where the service was rendered, in accordance with the carrier jurisdictional pricing rules), including those performed outside of the local carrier's jurisdiction, effective for claims with dates of service on or after October 1, 2007.

CR 5543's key points include:

- Effective for claims with dates of service on or after October 1, 2007, carriers/MACs will use the MPFS national abstract file for purchased diagnostic tests/interpretations to price all claims for purchased diagnostic services based on the ZIP code of the location where the service was rendered, including those submitted by physicians for purchased diagnostic services performed outside of the local carrier's jurisdiction, in accordance with the carrier jurisdictional pricing rules specified in Chapter 1, Section 10.1.1 of the Medicare Claims Processing Manual.

Note: Carriers/MACs will pay the local rate for purchased diagnostic test claims when submitted by a physician with a date of service prior to October 1, 2007.

- Physicians and suppliers must begin reporting the rendering physician's/supplier's information and the location where the service was rendered on all claims for purchased tests/interpretations with dates of services on or after October 1, 2007, including those for tests/interpretations performed outside of the local carrier's jurisdiction, following the instructions for submitting a purchased diagnostic service claim in Chapter 1, Sections 10.1.1.2 and 30.2.9 of the Medicare Claims Processing Manual.
- Physicians and suppliers are reminded they may only submit claims for purchased tests/interpretations when these services are performed within the United States.

Cont. on next page

Políticas de Pago

jurisdicción de los Estados Unidos. (Dentro de este contexto, el término “Estados Unidos” significa los 50 Estados de la Nación Americana, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Para información adicional, vea el Capítulo 1, Sección 10.1.4 del *Medicare Claims Processing Manual*.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5543), enviada a su Contratista o A/B MAC, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1250CP.pdf>.

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

Billing Policies

(In this context, the term “United States” means the 50 States, the District of Columbia, the Commonwealth of Puerto Rico, the Virgin Islands, Guam, the Northern Mariana Islands and American Samoa. See Chapter 1, Section 10.1.4 of the Medicare Claims Processing Manual for additional information.)

Additional Information

You can find the official instruction, CR5543, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1250CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5543 / May 25, 2007 / ML-DG

ACTUALIZACIÓN A LA BASE DE DATOS DEL MANUAL DE TARIFA FIJA PARA MÉDICOS DE MEDICARE 2007 (MPFSDB)

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que someten reclamaciones a los contratistas de Medicare [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 Contratistas de la Parte B] por servicios ofrecidos a beneficiarios de Medicare que son pagados conforme al MPFSDB.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los archivos de pago para los MPFS fueron emitidos basado en la Reglamentación Final de la Tarifa Fija para Médicos de Medicare del 1 de diciembre de 2006. El CR5614 enmienda esos archivos e incluye códigos nuevos o revisados para cumplir con la Iniciativa de Reporte de Calidad del Servicio Médicos (PQRI por sus siglas en inglés).

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

Provider Types Affected

Physicians and providers who submit claims to Medicare contractors (Fiscal intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), carriers) for services rendered to Medicare beneficiaries that are paid based on the MPFSDB.

Provider Action Needed

Payment files for the MPFS were issued based on the December 1, 2006 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. CR5614, amends those files and includes new/revised codes for the Physician Quality Reporting Initiative (PQRI).

Cont. on next page

Políticas de Pago

Lo Que Usted Necesita Saber

Médicos y los proveedores deberán prestar atención al Anejo 1 del CR5614, el cual identifica los cambios incluidos en la actualización de julio de 2007 al MPFSDB. Los **puntos más importantes del Anejo 1** se destacan a continuación:

- Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2007, el modificador categoría II 8P será reconocido, además del modificador categoría II 1P, 2P y 3P. (NOTA: El modificador 8P se deberá utilizar como un “modificador informativo”, a fin de permitir que se indiquen circunstancias donde una acción descrita en el numerador de una medida no se realiza, y la razón no está especificada de otra manera).
- Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, los contratistas de Medicare actualizarán sus sistemas de pago para reflejar 11 unidades base para el código CPT 00797.
- Este CR 5614 enumera los nuevos códigos HCPCS Categoría II que serán añadidos al MPFSDB con un indicador de estatus “M” para efectos del PQRI.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina este al tanto de estos cambios.

Trasfondo

La Sección 1848 (c)(4) del Acta de Seguro Social provee para que se establezcan las políticas de pagos necesarias para implementar los valores relativos para los servicios prestados por los médicos. El CR 5614 es el documento oficial que anuncia estos cambios en el manual de tarifas fijas de Medicare. En lugar de duplicar la información sobre las adiciones, eliminaciones o cambios en este artículo, CMS los refiere al CR5614, que contiene listas extensas sobre esta actualización. El CR5614 se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1258CP.pdf>.

Billing Policies

What You Need to Know

*Physicians and providers may want to pay particular attention to **Attachment 1** of CR5614 that identifies the changes included in the July Update to the 2007 MPFSDB-the **highlights of attachment 1** are:*

- *Effective for dates of service on or after July 1, 2007 Category II modifier 8P will be recognized in addition to Category II modifiers 1P, 2P and 3P. (NOTE: Modifier 8P is intended to be used as a “reporting modifier” to allow the reporting of circumstances when an action described in a measure’s numerator is not performed and the reason is not otherwise specified.)*
- *Effective for dates of service on or after January 1, 2007, Medicare contractors will update their systems to reflect 11 base units for CPT code 00797.*
- *This CR 5614 lists the new Category II HCPCS codes that will be added to the MPFSDB with a status indicator of “M” for the PQRI.*

What You Need to Do

Make certain that your billing staffs are aware of these changes.

Background

Section 1848 (c)(4) of the Social Security Act provides for the establishment of the policies needed in order to implement relative values for physicians’ services. CR 5614 is the official document that announces these changes in the Medicare schedule. Rather than duplicate all the additions, deletions and changes in this article, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) directs you to CR5614, which contains lengthy lists of these items. CR5614 is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1258CP.pdf> on the CMS website.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Según se menciona anteriormente, la parte clave del CR5614 es el Anejo 1, el cual contiene la siguiente información:

- Varios cambios retroactivos al 1 de enero de 2007. Estos cambios impactan los siguientes códigos CPT/HCPCS:
 - 00797 (se le asignan 11 unidades base);
 - 0115T, 0116T, y 0117T (cambian sus estatus a "N" "non-covered");
 - 19301 (su descripción breve es: Mastectomía Parcial);
 - 33208 (los RVUs de trabajo se establece en 8.72);
 - 75635-TC [(el indicador de diagnóstico se establece como 02) está sujeto al límite financiero al componente técnico de imágenes radiológicas]. ; y
 - 77422, 77423, G9041, G9042, G9043, G9044 (cambios a los RVU de PE)
- A los códigos 0024T y 0133T se les ha asignado un el indicador de estatus "I" vigente para fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2007.
- También antes mencionado, el modificador 8P se añade para efectos del programa PQRI.
- A partir del 1 de julio de 2007, la lista actual de códigos G no se utilizarán para facturar PQRI.
- Al 1 de julio de 2007 se usará la lista de códigos CPT Categoría II nuevos, los códigos G nuevos y los descriptores nuevos o revisados para el Programa PQRI
- Además, encontrará información sobre códigos de Categoría III (0178T hasta 1080T [todos relacionados con electrocardiogramas], 0181T [determinación de histeresis corneal, estimulación por impulso de aire, bilateral, con interpretación e informe] y 0182T [braquiterapia electrónica de alta dosis, por fracción]), con vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2007.

Billing Policies

As mentioned above, the key portion of CR5614 is Attachment 1, which includes the following information:

- *Several changes retroactive to January 1, 2007. The changes are for the following CPT/HCPCS codes:*
 - 00797 (base units set to 11);
 - 0115T, 0116T, and 0117T (procedure status is now N);
 - 19301 (short descriptor is Partial mastectomy);
 - 33208 (work RVUs set to 8.72);
 - 75635-TC (diagnostic indicator set to 02), the TC is subject to limiting charge; and
 - 77422, 77423, G9041, G9042, G9043, G9044 (PE RVU changes).
- *Codes 0024T and 0133T are assigned a procedure status of I effective for dates of service on or after July 1, 2007.*
- *As previously mentioned, modifier 8P is added for the PQRI program.*
- *The list of G codes that are no longer used for the PQRI program as of July 1, 2007.*
- *The list of new CPT Category II codes, new G codes and the new/revised descriptors for the codes that will be used for the PQRI, effective for dates of service on or after July 1, 2007.*
- *Information on Category III codes (0178T through 0180T (all of which deal with electrocardiograms), 0181T (corneal hysteresis determination, by air impulse stimulation, bilateral, with interpretation and report), and 0182T (High dose rate_electronic brachytherapy, per fraction), which are effective for dates of service on or after July 1, 2007.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Vigente el 1 de julio de 2007, a los códigos HCPCS J1567, J7611, J7612, J7613, y J7614 se les asignó el indicador de estatus "I".
- La información relacionada a los códigos HCPCS Q4087 hasta Q4095 se añade al MPFSDB. A partir de 1 de julio de 2007 estos códigos tienen el indicador de estatus "E".

Asimismo, el Anejo 3 (que es solamente informativo), refleja que el "Indicador de desempeño de pago" fue cambiado a '1' para todos los códigos donde el contratista establece la tarifa de pago.

Información Adicional

Para detalles completos sobre esta Petición de Cambio (CR5614), refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o A/B MAC. La misma se encuentra disponible para revisión en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1258CP.pdf>.

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

Billing Policies

- *Effective July 1, 2007, HCPCS codes J1567, J7611, J7612, J7613, and J7614 will be assigned a procedure status of I.*
- *Information related to HCPCS codes Q4087 through Q4095, which are added to the MPFSDB as of July 1, 2007 with a status indicator of E.*

Also, attachment 3 (which is informational only) states that the Performance Payment Indicator has been changed to '1' for the extensive list of carrier priced codes identified in attachment 3.

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5614) 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/R1258CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5614 / May 29, 2007/ml-dg

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2007 TARIFAS FIJAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICO, ORTÓTICO Y SUMINISTROS (DMEPOS)

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (contratistas de la Parte B, Contratistas Regionales DME (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 concepto de equipos DMEPOS suministrados a beneficiarios de Medicare.

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

Provider Types Affected

Providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, DME 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 DMEPOS provided to Medicare beneficiaries.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5641, que le provee la actualización trimestral de julio 2007 a las Tarifas Fijas DMEPOS, a fin de implementar cantidades de tarifa fija para códigos nuevos, y para revisar cualquier cantidad de tarifas fijas para códigos existentes que haya sido calculada erróneamente, o que ya no puedan ser pagados bajo la tarifa fija. Asegúrese que el personal a cargo de facturación de su oficina esté al tanto de estos cambios.

Trasfondo

El proceso de actualización trimestral para la tarifa fija DMEPOS se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 60, y está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

El CR 5641 provee instrucciones específicas sobre la actualización trimestral de julio 2007 para las tarifas fijas DMEPOS. De acuerdo al Acta de Seguro Social (Secciones 1834(a), (h), e (i)), el pago en base a tarifa fija se requiere para equipo médico duradero (DME), aparatos protéticos, ortóticos, y vendajes quirúrgicos. También se requiere el pago a base de tarifa fija para nutrición parenteral y enteral (PEN por sus siglas en inglés), de acuerdo a regulaciones contenidas en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR 414.102)

Puntos Clave

Los siguientes son cambios clave en la actualización trimestral de Julio 2007 a las tarifas fijas DMEPOS, incluyendo los códigos HCPCS:

- **El código HCPCS E0762** (*sistema de dispositivo de estimulación eléctrica transcutáneo, incluye todos los accesorios*):
 - **Se añade** a la tarifa fija el **1 de julio de 2007**; y
 - Tiene **vigencia** para reclamaciones sometidas con fecha de servicio a partir del **1 de enero de 2007**.

Billing Policies

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5641, which provides the July 2007 quarterly update to the DMEPOS fee schedules in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error or that may no longer be paid under the fee schedule. Be sure billing staff are aware of these changes.

Background

The quarterly updates process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 23, Section 60; <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf> on the CMS website.

CR 5641 provides specific instructions regarding the July quarterly update for the 2007 DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by the Social Security Act (Sections 1834(a), (h), and (i)). Payment on a fee schedule basis is required for parenteral and enteral nutrition (PEN) by regulations contained in Title 42 of the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102).

Key Points

The following are key changes in the July 2007 quarterly update of the DMEPOS fee schedule including the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes:

- **HCPCS code E0762** (*Transcutaneous electrical joint stimulation device system, includes all accessories*) is:
 - **Added to the fee schedule on July 1, 2007, and**
 - **Effective for claims submitted with dates of service on or after January 1, 2007.**

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Los códigos HCPCS añadidos el 1 de julio de 2007, con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2007 son:
 - Código **K0553** (*Combination Oral/Nasal Mask, Used With Continuous Positive Airway Pressure Device, Each*)
 - Código **K0554** (*Oral Cushion For Combination Oral/Nasal Mask, Replacement Only, Each*)
 - Código **K0555** (*Nasal Pillows For Combination Oral/Nasal Mask, Replacement Only, Pair*).
- Los suplidores deberán usar el **modificador "KL"** en las reclamaciones para todos los suministros para diabéticos **enviados por correo** con fecha de servicio a partir del **1 de julio de 2007**, con los siguientes códigos: A4233, A4234, A4235, A4236, A4253, A4256, A4258 y A4259. El modificador KL debe utilizarse para suministros de diabéticos que son ordenados vía remoto (por ejemplo: por teléfono, correo electrónico, Internet, o por correo) y entregados a la residencia del beneficiario por compañías privadas de entrega (ejemplo: El Servicio Postal de los E.U., Federal Express, UPS), y no con artículos obtenidos por los beneficiarios en tiendas locales de suministros.
- La de tarifa fija para el código HCPCS E2374 (*Power Wheelchair Accessory, Hand or Chin Control Interface, Standard Remote Joystick (Not Including Controller), Proportional, Including all Related Electronics and Fixed Mounting Hardware, Replacement Only*), está bajo revisión para corregir errores en el cálculo de la misma. Los contratistas de Medicare ajustarán las reclamaciones procesadas previamente con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2007, si las mismas se solicita para el cambio correspondiente.
- Si los suplidores sometieron inicialmente las reclamaciones para el **código K0864 por de servicios entre el 15 de noviembre de 2006 hasta el 31 de marzo de 2007 a Puerto Rico**, ahora los DME MACs y DMERCs asumirán la responsabilidad de ajustar sus reclamaciones.

Billing Policies

- *HCPCS codes added July 1, 2007 with dates of service on or after July 1, 2007 are:*
 - **K0553** *Combination Oral/Nasal Mask, Used With Continuous Positive Airway Pressure Device, Each*
 - **K0554** *Oral Cushion For Combination Oral/Nasal Mask, Replacement Only, Each*
 - **K0555** *Nasal Pillows For Combination Oral/Nasal Mask, Replacement Only, Pair*
- *Suppliers must use the "KL" modifier on claims for all diabetic supplies that are **delivered via mail** with dates of service on or after **July 1, 2007**, with the following codes: A4233, A4234, A4235, A4236, A4253, A4256, A4258 and A4259. The KL modifier must be used with diabetic supplies that are ordered remotely (i.e., by phone, email, internet, or mail) and delivered to the beneficiary's residence by common carriers (e.g., U.S. postal service, Federal Express, United Parcel Service) and not with items obtained by beneficiaries from local supplier storefronts.*
- *Fee schedule amounts for HCPCS code E2374 (Power Wheelchair Accessory, Hand or Chin Control Interface, Standard Remote Joystick (Not Including Controller), Proportional, Including all Related Electronics and Fixed Mounting Hardware, Replacement Only) are being revised to correct errors in the fee schedule calculation. Medicare contractors will adjust previously processed claims with dates of service on or after January 1, 2007, if resubmitted as adjustments.*
- *If suppliers re-submit previously processed claims for **code K0864 in Puerto Rico with dates of service from November 15, 2006 through March 31, 2007**, the DME MACs and DMERCs will adjust the claims for payment.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Además, después de consultar con la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), CMS determinó que los sistemas de **terapia de luz ultravioleta** son clasificados como dispositivos de clase II, y no clase III. Por lo tanto, los suplidores **no deben someter el modificador clase III “KF” con reclamaciones para códigos HCPCS E0691, E0692, E0693 y E0694 con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2005.** CMS está removiendo todos los códigos HCPCS E0691, E0692, E0693, y E0694, facturados con el modificador KF de la tarifa fija vigente el 1 de julio de 2007, y a partir de esa fecha, los contratistas de Medicare rechazarán reclamaciones para los códigos HCPCS E0691, E0692, E0693, y E0694, que contengan el modificador KL y una fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2005. Los contratistas de Medicare ajustarán las reclamaciones procesadas previamente para los códigos E0691, E0692, E0693 y E0694 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, si los suplidores las re-someten para el ajuste correspondiente.

El archivo de acceso público “HCPCS Quarterly Update”, que contiene los descriptores breves y extensos de todos los códigos nuevos, se encuentra disponible para descargar en el siguiente enlace: www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp.

Información Adicional

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

Para detalles completos sobre esta Petición de Cambio (CR5641) enviada a su Contratista A/B MAC, FI, DMERC, DME MAC, RHHI o Contratista de la Parte B, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1263CP.pdf>.

Billing Policies

*Also, after consulting with the Food and Drug Administration, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) determined that **ultraviolet light therapy** systems are classified as **class II devices** and are not class III devices. Thus, suppliers **should not submit the class III “KF” modifier with claims for HCPCS codes E0691, E0692, E0693 and E0694 with dates of service on or after January 1, 2005.** CMS is removing HCPCS codes E0691, E0692, E0693, and E0694, billed with the KF modifier, from the fee schedule, effective July 1, 2007 and as of that date, Medicare contractors will reject claims for HCPCS codes E0691, E0692, E0693, and E0694, which contain the KF modifier and a date of service on or after January 1, 2005. Medicare contractors will adjust previously processed claims for E0691, E0692, E0693 and E0694 with dates of service on or after January 1, 2007, if suppliers resubmit the claims as adjustments.*

The HCPCS Quarterly Update public use file, containing the long and short descriptors for all new codes, is available for downloading at www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp.

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 (CR5641) issued to your Medicare A/B MAC, FI, DMERC, DME MAC, RHHI or carrier. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1263CP.pdf> on the CMS website.

MM5641Rev./6-8-07/ML-DG

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE TARIFAS FIJAS DE ABRIL 2007 PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICO, ORTÓTICO Y SUMINISTROS DMEPOS

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare (incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero [DMERCs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés], Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], y/o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés] por concepto de equipo suministrados a beneficiarios de Medicare que son pagaderos bajo las Tarifas Fijas DMEPOS.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5537, la cual provee la actualización trimestral de abril 2007 a las tarifas fijas DMEPOS, a fin de implementar las cantidades de tarifa fija para códigos nuevos y para revisar cualquier cantidad de tarifas fijas para códigos existentes que fueron calculados por error. Asegúrese que su personal de facturación está enterado de estos cambios.

Trasfondo

Las tarifas fijas DMEPOS se actualizan trimestralmente con el fin de implementar las cantidades de tarifa fija para códigos nuevos y para revisar las cantidades de cualquier tarifa fija para códigos existentes que haya sido calculada erróneamente. El proceso de actualización trimestral de las tarifas fijas DMEPOS se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 60; <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

Billing Policies

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

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 DMEPOS provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5537, which provides the April 2007 quarterly update to the DMEPOS fee schedules in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error. Be sure billing staff are aware of these changes.

Background

The DMEPOS fee schedules are updated on a quarterly basis in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error. The quarterly updates process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 23, Section 60; <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

Cont. on next page

Políticas de Pago

El CR 5537 provee instrucciones específicas sobre la actualización trimestral de abril de las tarifas fijas DMEPOS para el 2007. El pago a base de tarifa fija se requiere para equipo médico duradero (DME), aparatos protéticos, ortóticos y prótesis, y vendajes quirúrgicos, según el *Social Security Act* (Secciones 1834(a), (h), (i)). El pago a base de tarifas fijas se requiere para el pago de Nutrición Parenteral y Enteral (PEN por sus siglas en inglés) de acuerdo a las regulaciones contenidas en el Título 42 del *Code of Federal Regulations* (42 CFR 414.102).

Cambios Clave

Los siguientes son cambios clave en la actualización trimestral de abril de 2007 de las tarifas fijas DMEPOS:

L9690 y L8691

Los A/B MACs, Contratistas Locales, y FIs ajustarán las reclamaciones procesadas previamente para el código L8690 (*Dispositivo Auditivo Óseo-integrado, Incluye Todos los Componentes Internos y Externos*) y el código L8691 (*Dispositivo Auditivo Óseo-integrado, Procesador Externo de Sonido, Reemplazo*), con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, si usted vuelve a someter dichas reclamaciones como una petición de ajuste.

Código E1002 (Accesorio para Silla de Ruedas, Sistema de Asiento Motorizado, solamente con Reclinación)

El Código E1002 se añadió a los códigos HCPCS vigente el 1 de enero de 2004. Las cantidades de tarifa fija que fueron calculadas e implementadas para este código incluyeron sistemas con reclinación menor a los 45 grados de la posición horizontal. Según se describe en el *Policy Article for Wheelchair Options/Accessories* de noviembre 2006, los sistemas de asiento con reclinación motorizada (que caen bajo el código E1002) deben tener la habilidad de reclinarse a un grado mayor o igual a los 45 grados de la posición horizontal. Por lo tanto, como parte de esta actualización trimestral, **las cantidades de tarifa fija para el código E1002 se están revisando a fin de remover la información de precio para sistemas de asientos motorizados con reclinación menor a los 45 grados.**

Billing Policies

CR 5537 provides specific instructions regarding the April quarterly update for the 2007 DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by the Social Security Act (Sections 1834(a), (h), and (i)). Payment on a fee schedule basis is required for parenteral and enteral nutrition (PEN) by regulations contained in Title 42 of the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102).

Key Changes

The following are key changes in the April 2007 quarterly update of the DMEPOS fee schedule:

L8690 and L8691

The A/B MACs, Local Carriers, and FIs will adjust previously processed claims for L8690 (Auditory Osseointegrated Device, Includes All Internal and External Components) and L8691 (Auditory Osseointegrated Device, External Sound Processor, Replacement), with dates of service on or after January 1, 2007, if you resubmit such claims as adjustments.

Code E1002 (Wheelchair accessory, Power Seating System, Tilt Only)

*Code E1002 was added to the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) effective January 1, 2004. The fee schedule amounts that were calculated and implemented for this code included systems with tilts less than 45 degrees from horizontal. As described in the November 2006 Policy Article for Wheelchair Options/Accessories, power tilt seating systems (falling under code E1002) must have the ability to tilt to greater than or equal to 45 degrees from horizontal. Therefore as part of this quarterly update, **the fee schedule amounts for code E1002 are being revised in order to remove pricing information for power seating systems with tilts less than 45 degrees.***

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los DME MACs, y los DMERCs ajustarán reclamaciones procesadas previamente para el código E1002 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, si las mismas se someten nuevamente como “ajustes”.

Código E2377 (Accesorio para Silla de Rueda Motorizada, Controlador Expandible, Incluyendo Todos los Electrónicos Relacionados y Equipos y Herramientas de Montaje, cuando se lleva a cabo el “upgrade” en la compra inicial)

El código E2377 se añadió a los códigos HCPCS vigente el 1 de enero de 2007, para utilizarlo al pagar reclamaciones “upgrades” de controladores expandibles y equipos y herramientas para montaje suministradas en la compra inicial. Las cantidades de tarifa fija para código E2377 no incluyen el pago para la palanca de mango proporcional y las cajas de electrónicos/cables/conexión necesarias para el “upgrade”, en el caso de un controlador no-expandible. **Los suplidores necesitan someter reclamaciones para el “upgrade” las palancas de mango proporcionales y los electrónicos provistos en la compra inicial, para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007, haciendo uso del código HCPCS E2399.**

Más cambios para Sillas de Ruedas Motorizadas

CMS se encuentra en el proceso de refinar las cantidades de tarifa fija para varios códigos HCPCS para sillas de ruedas motorizadas, las cuales serán implementadas como parte de la actualización trimestral de abril a las tarifas fijas DMEPOS del 2007. Instrucciones adicionales sobre estos cambios serán publicadas en el futuro cercano en un documento separado.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5537) enviada a su Contratista de la Parte B, Intermediario, RHHI, A/B MAC, DMERC, o DME MAC referente a este cambio, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1203CP.pdf>.

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

Billing Policies

The DME MACs, and DMERCs will adjust previously processed claims for code E1002 with dates of service on or after January 1, 2007, if they are resubmitted as adjustments.

Code E2377 (Power Wheelchair Accessory, Expandable Controller, Including All Related Electronics and Mounting Hardware, Upgrade Provided at Initial Issue)

*Code E2377 was added to the HCPCS effective January 1, 2007, for use in paying claims for upgraded expandable controllers and mounting hardware provided at initial issue. The fee schedule amounts for code E2377 do not include payment for the proportional joystick and electronics/cables/junction boxes necessary to upgrade from a non-expandable controller. **Suppliers need to submit claims for the upgraded proportional joysticks and electronics provided at initial issue for dates of service on or after January 1, 2007, using HCPCS code E2399.***

Further Changes for Power Wheelchairs

CMS is in the process of making refinements to the fee schedule amounts for several HCPCS codes for power wheelchairs to be implemented as part of the April quarterly update for the 2007 DMEPOS fee schedule. Additional instructions regarding these changes will be issued in the near future under separate cover.

Additional Information

The official instruction, CR 5537, issued to your carrier, intermediary, RHHI, A/B MAC, DMERC, or DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1203CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5537/March 9, 2007/ML-DG

Medicamentos

ARCHIVO TRIMESTRAL DE ABRIL 2007 DE PRECIOS PROMEDIO DE VENTA (ASP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE VIGENTE EL 1 DE ABRIL DE 2007 Y REVISIONES AL ARCHIVO TRIMESTRAL DE ENERO 2007

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5517, la cual notifica a los Contratistas de Medicare que deben descargar el archivo de Precios Promedio de Venta (ASP, por sus siglas en inglés) de Medicamentos de la Parte B de Medicare de abril 2007, así como las revisiones a los archivos ASP de enero 2007.

Trasfondo

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

Drugs

APRIL 2007 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE, EFFECTIVE APRIL 1, 2007, AND REVISIONS TO THE JANUARY 2007 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES

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) 5517 which informs Medicare contractors to download the April 2007 Average Sales Price (ASP) drug pricing file for Medicare Part B drugs as well as the revised January 2007 ASP files.

Background

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

Cont. on next page

Medicamentos

Local de Medicare. Además, a partir del 2006, todos los medicamentos ESRD suministrados a través de instituciones independientes y instituciones hospitalarias con facilidades de ESRD como también los medicamentos específicos que están cubiertos para pacientes ambulatorios, y medicamentos y biológicos con estatus “*pass through*” bajo el OPPS, serán pagados en base a la metodología ASP.

La metodología ASP se basa en datos sometidos trimestralmente a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) por parte de los manufactureros. CMS, a su vez, provee trimestralmente sus Contratistas (Contratistas de la Parte B, DMERCs, DME MACs, Fls, A/B MACs, y/o RHHIs) los archivos de precios de Medicamentos ASP cubiertos bajo la Parte B de Medicare.

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

Metodología ASP

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

A partir del 1 de enero de 2006, los límites de pago son pagaderos a base del 106% del ASP para lo siguiente:

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

Las excepciones se resumen a continuación:

- Los límites de pago para sangre y productos sanguíneos (que no sean factores de coagulación), y que no son pagados a base de un sistema de pago prospectivo, se

Drugs

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

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

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

ASP Methodology

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

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

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

Exceptions are summarized as follows:

- *The payment allowance limits for blood and blood products (other than blood clotting factors) that are not paid on a prospective payment basis, are*

Cont. on next page

Medicamentos

determinan de la misma manera en que se determinaban los límites de pago el 1 de octubre de 2003. Específicamente, los límites de pago para sangre y productos sanguíneos son el 95% del Precio Promedio de Mayorista (AWP por sus siglas en inglés) reflejado en el compendio publicado. Los límites de pago se actualizarán trimestralmente. La sangre y productos sanguíneos suministrados a pacientes ambulatorios de un hospital se pagan a base de OPPS en las cantidades especificadas para el *Ambulatory Payment Classification* (APC) asignado a ese producto.

- Los límites de pago para **medicamentos de infusión suministrados a través de equipo médico duradero** (DME por sus siglas en inglés) cubierto a partir del 1 de enero de 2005, continuarán siendo el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003, a menos que se trate de un medicamento compuesto. **No habrá actualización a los límites de pago en 2007.** El límite de pago para medicamentos de infusión suministrados a través de equipo médico duradero (DME) con cubierta, que no estaban listados en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003 (ejemplo: medicamentos nuevos), es el 95% del primer AWP publicado, a menos que se trate de un medicamento compuesto.
- Los límites de pago para vacunas de influenza, neumococo y Hepatitis B son el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado, excepto cuando la vacuna se administró en el departamento ambulatorio de un hospital. Cuando la vacuna es administrada en el departamento ambulatorio de un hospital, la misma se pagará a base de costo razonable.
- Los límites de pago para **medicamentos no incluidos en el Archivo de Precios de Medicamentos ASP de la Parte B de Medicare o Medicamentos No Clasificados (NOC por sus siglas en inglés)**, a no ser que sean medicamentos nuevos producidos o distribuidos bajo un nuevo uso de un medicamento aprobado por la FDA, estarán basados en el costo de adquisición de mayorista (WAC, por sus siglas en inglés) o

Drugs

determined in the same manner the payment allowance limits were determined on October 1, 2003. Specifically, the payment allowance limits for blood and blood products are 95 percent (95%) of the average wholesale price (AWP) as reflected in the published compendia. The payment allowance limits will be updated on a quarterly basis. Blood and blood products furnished in the hospital outpatient department are paid under OPPS at the amount specified for the APC to which the product is assigned.

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

Cont. on next page

Medicamentos

en el precio de factura. Al determinar el límite de pago basado en el WAC, los contratistas de Medicare siguen la metodología establecida en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 17, Medicamentos y Biológicos) para calcular el AWP, pero sustituyen al WAC por el AWP. El límite de pago es un 100% del precio menor WAC de marca o la mediana de precio WAC del genérico. Para 2006, la administración del factor de coagulación de \$0.146 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP. Para 2007, la administración del factor de coagulación de sangre de \$0.152 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP.

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

A partir del 19 de marzo de 2007, las revisiones a los archivos de precio ASP de enero y abril 2007 y los archivos de medicamentos ASP No Clasificados (NOC) estarán disponibles para descargarse desde el sitio Web ASP de CMS, y

Drugs

contractors follow the methodology specified in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04, Chapter 17, Drugs and Biologicals) for calculating the AWP but substitute WAC for AWP. The payment limit is 100 percent (100%) of the lesser of the lowest-priced brand or median generic WAC. For 2006, the blood clotting furnishing factor of \$0.146 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file. For 2007, the blood clotting furnishing factor of \$0.152 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file.

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

On or after March 19, 2007, the revised January 2007 and April 2007 ASP files and ASP Not Otherwise Classified (NOC) files will be available for retrieval from the CMS ASP webpage, and the payment limits included in the revised ASP and NOC payment files supersede the payment limits for these codes

Cont. on next page

Medicamentos

los límites de pago incluidos en los archivos revisados de pago ASP y NOC sustituyen cualquier límite de pago publicado previo a este documento para esos códigos. La información se encuentra disponible en el sitio Web de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice>. Los archivos revisados aplican a reclamaciones a base de las fechas de servicio que se muestran a continuación:

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

NOTA: La ausencia o presencia de códigos HCPCS, y el límite de pago asociado, no es indicativo de cubierta por parte de Medicare para un medicamento o biológico. De igual forma, la inclusión de un límite de pago dentro de una columna específica no es indicativo de cubierta por parte de Medicare de un medicamento en esa categoría en específico. El contratista local de Medicare que procese la reclamación hará las determinaciones correspondientes.

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

Los médicos (o profesionales de la salud, según se describe en la Sección 1842(b)(18)(C)) del Acta de Seguro Social; http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1842.htm) pueden recibir pago por llenado o relleno de una bomba implantable o tanque, cuando es médicamente necesario que ellos provean el servicio. Los Contratistas deben determinar que el uso de la bomba implantable o el tanque de reserva es algo médicamente necesario y razonable a fin de permitir el pago por el servicio profesional de haber realizado el llenado o relleno de la bomba implantable o tanque de reserva; y para permitir el pago de medicamentos suministrados incidental a la prestación del servicio profesional.

Si un médico (u otro profesional de la salud) está recetando medicamentos para un paciente con una bomba implantable, un(a) enfermero(a) puede rellenar la bomba si el medicamento que se administra está aceptado como un tratamiento

Drugs

in any publication published prior to this document. The CMS ASP webpage is located at <http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice> on the CMS site. The revised files are applicable to claims based on dates of service as shown in the following table:

NOTE: *The absence or presence of a Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code, and its associated payment limit, does not indicate Medicare coverage of the drug or biological. Similarly, the inclusion of a payment limit within a specific column does not indicate Medicare coverage of the drug in that specific category. The local Medicare contractor processing the claim will make these determinations.*

Drugs Furnished During Filling or Refilling an Implantable Pump or Reservoir

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

If a physician (or other practitioner) is prescribing medication for a patient with an implantable pump, a nurse may refill the pump if the medication administered is accepted as a safe and effective treatment of the patient's

Cont. on next page

Medicamentos

seguro y efectivo para la enfermedad o lesión del paciente; si existe una razón médica por la cual no pueda tomarse el medicamento por la vía oral; y si las destrezas del(la) enfermero(a) son necesarias para la infusión segura y efectiva del medicamento. El pago de medicamentos suministrados incidental al servicio de llenado o rellenado de una bomba implantable o tanque de reserva se determinará haciendo uso de la metodología ASP descrita anteriormente.

Información Adicional

Si desea detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a sus Contratistas, DMERCs, DME MACs, FIs, A/B MACs, y/o RHHIs sobre este cambio, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1204CP.pdf>.

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

Drugs

illness or injury; there is a medical reason that the medication cannot be taken orally; and the skills of the nurse are needed to infuse the medication safely and effectively. Payment for drugs furnished incident to the filling or refilling of an implantable pump or reservoir is determined under the ASP methodology as described above.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carriers, DMERCs, DME MACs, FIs, A/B MACs, and/or RHHIs regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1204CP.pdf> on the CMS website.

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

MM5517/March 16, 2007/ML-DG

REVISIONES AL MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL, SECCIÓN 40, “MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DESCARTADOS” Y SECCIÓN 100. 2. 9, “ENVÍO DE RECLAMACIONES CON EL MODIFICADOR JW...

Medicare se encargará de cubrir la cantidad de un medicamento o biológico descartado junto con la cantidad de medicamento o biológico administrado en el uso de un sólo frasco o paquetes de un sólo uso. La sección del manual correspondiente a este tema será revisada para incluir lenguaje que hace referencia de ambos usos, frasco de un sólo uso y paquetes de un sólo uso para medicamentos y biológicos descartados.

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/MM5520.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

REVISIONS, IN THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL, TO SECTION 40, “DISCARDED DRUGS AND BIOLOGICALS,” AND SECTION 100.2.9, “SUBMISSION OF CLAIMS WITH THE MODIFIER JW...

Medicare will cover the amount of a drug or biological that was discarded along with the amount of the drug or biological that was administered for single use vials or single use packages. The manual section concerning this will be revised to include language that references both single use vials and single use packages for discarded drugs and biologicals.

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/MM5520.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5520/Trans.R1248CP/MM5520/MAR

Laboratorio

CAMBIOS EN LA APLICACIÓN DE ÉDITOS DE LA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA NACIONAL PARA LABORATORIOS ABRIL 2007

Este artículo anuncia los cambios que se incluirán en el módulo de éditos de abril 2007 para las determinaciones de cubierta nacional (NCDs) para laboratorios clínicos diagnósticos.

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/MM5514.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Laboratory

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR APRIL 2007

This transmittal announces the changes that will be included in the April 2007 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory NCDs.

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/MM5514.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5514/Trans.R1200CP/MM5514/MAR

ÉDITO AL CWF PARA RECLAMACIONES DUPLICADAS DEL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y PATOLOGÍA PRESTADOS A PACIENTE HOSPITALIZADOS

El artículo MM5347 se revisó el 20 de abril de 2007. La información sobre este tema ahora está disponible en el artículo MM5468 - <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5468.pdf>. En esencia según MM5468, los laboratorios independientes calificados podrán durante el 2007 continuar facturando a Medicare por el componente técnico de los servicios patológicos del médico prestados a beneficiarios de Medicare.

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/MM5347.pdf>.

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

COMMON WORKING FILE DUPLICATE CLAIM EDIT FOR THE TC OF RADIOLOGY AND PATHOLOGY LABORATORY SERVICES PROVIDED TO HOSPITAL PATIENTS

The article MM5347 was revised on April 20, 2007. The information on this subject is now available in MM5468 - <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5468.pdf>. In essence, according to MM5468, qualifying independent laboratories may continue to bill Medicare for the TC of physician pathology services furnished to Medicare patients of a covered hospital stay during calendar year 2007.

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/MM5347.pdf> on the CMS web site.

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

CR5347/Trans. 1098/MM5347/ab

Ambulancia

PAGOS DE MEDICARE PARA LOS TRANSPORTES DE AMBULANCIA

Atención a todos los proveedores, médicos y suplidores que facturan a los Intermediarios Fiscales (FIs), Contratistas y Contratistas Administrativos de las Partes A/B de Medicare (MAC) por servicios de ambulancia o quien inicia transportes de ambulancia para sus pacientes de Medicare.

Según un estudio reciente conducido por la Oficina del Inspector General (OIG), "Pagos de Medicare para transportes de ambulancia," durante el año calendario 2002 un 25% de los transportes de ambulancia no cumplieron con los requisitos del programa Medicare. Esto resultó en aproximadamente \$402 millones de pagos incorrectos. En dos de cada tres casos, proveedores de terceras personas (probablemente no el paciente) quienes solicitaron los transportes pudieron no haber estado enterados de los requisitos de Medicare para los transportes de ambulancia.

La responsabilidad por el pago excesivo que resulta de una reclamación denegada de un transporte de ambulancia depende del tipo de denegación. Una denegación debido a razones de cubierta (por ejemplo, cuando otras formas de transporte son contraindicadas) puede dar lugar a una responsabilidad al beneficiario de Medicare a menos que él o ella carezcan de conocimiento constructivo de que el servicio no está cubierto. Las reclamaciones denegadas debido al nivel de los requisitos del servicio a menudo se reducen a un nivel inferior del servicio de ambulancia. En este caso, el proveedor de ambulancia es responsable en el acontecimiento de un pago excesivo.

Refiérase al trasfondo y a las secciones adicionales de la información de este artículo y asegúrese de que si hay otros pagadores, se identifican estas situaciones. Es importante saber si el uso de un transporte de ambulancia para su paciente sería cubierto por Medicare y si es así qué nivel del servicio sería cubierto.

Ambulance

MEDICARE PAYMENTS FOR AMBULANCE TRANSPORTS

Attention to all providers, physicians, and suppliers who bill Medicare fiscal intermediaries (FIs), carriers, and A/B Medicare Administrative Contractors (MAC) for ambulance services or who initiate ambulance transports for their Medicare patients.

According to a recent study conducted by the Office of the Inspector General (OIG), "Medicare Payments for Ambulance Transports," during the calendar year 2002 twenty-five percent of ambulance transports did not meet Medicare's program requirements. This resulted in an estimated \$402 million of improper payments. In two out of three cases, third-party providers (most likely not the patient) who requested transports may not have been aware of Medicare's requirements for ambulance transports.

Liability for overpayment resulting from a denied ambulance transport claim depends on the type of denial. A denial due to coverage reasons (such as when other forms of transportation are not contraindicated) may result in a liability to the Medicare beneficiary unless he or she lacks constructive knowledge that the service is not covered. Claims denied due to level of service requirements are often down-coded to a lower level of ambulance service. In this case, the ambulance supplier is generally liable in the event of an overpayment.

Please refer to the Background and Additional Information sections of this article and make certain that, if there are other payers, these situations are identified. It is important to know whether the use of an ambulance transport for your patient would be covered by Medicare, and if so, what level of service would be covered.

Cont. on next page

Ambulancia

Puede acceder este artículo de edición especial para encontrar información sobre el pago y el nivel de los requisitos del servicio para los transportes de ambulancia.

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/SE0724.pdf>.

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

Ambulance

Please refer to the Background section of this Special Edition article for information about payment and level of service requirements for ambulance transports.

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/SE0724.pdf> on the CMS web site.

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

SE0724/MAR

TARIFAS FIJAS DE AMBULANCIA – SERVICIOS DE AMBULANCIA TERRESTRE – REVISIÓN A LA DEFINICIÓN DEL TRANSPORTE DE CUIDADO ESPECIALIZADO

Tipos de Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Medicare [MACs por sus siglas en inglés] y Contratistas de la Parte B), por concepto de servicios de ambulancia prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Se les recuerda a los proveedores y suplidores que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) expandieron la interpretación del término “entre instalaciones (*interfacility- en inglés*)” para incluir hospitales y Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés) en la reglamentación final del 1 de diciembre de 2006 (71 FR 69716).

Trasfondo

En el Registro Federal del 27 de febrero de 2002 (67 FR 9100) se publicó una regla final con un período de comentarios, titulado “*Fee Schedule for Payment of Ambulance Services and Revisions to the Physician Certification Requirements for Coverage of Nonemergency Ambulance Services*” que implementó el sistema de tarifas fijas para ambulancia. En esa reglamentación, CMS define SCT en la Sección 414.605. En la regla final del

AMBULANCE FEE SCHEDULE – GROUND AMBULANCE SERVICES – MANUALIZATION REVISION TO THE SPECIALTY CARE TRANSPORT (SCT) DEFINITION

Provider Types Affected

Providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (Fiscal Intermediaries (FIs), Medicare Administrative Contractors (MACs) and carriers), for ambulance services to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

Providers and suppliers are reminded that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) expanded the interpretation of “interfacility” to include both hospitals and Skilled Nursing Facilities (SNFs) in the December 1, 2006 (71 FR 69716) final rule.

Background

In the February 27, 2002 Federal Register (67 FR 9100) a final rule was published with comment period entitled “Fee Schedule for Payment of Ambulance Services and Revisions to the Physician Certification Requirements for Coverage of Nonemergency Ambulance Services” that implemented the ambulance fee schedule. In that rule, CMS defined SCT at Section 414.605. In the

Cont. on next page

Ambulancia

1 de diciembre de 2006 (71 FR 69716), CMS expandió la definición del término “interfacility” para incluir tanto a hospitales como a Centros de Enfermería Especializada (SNFs).

Además, CMS aclaró aún más los tipos de instalaciones incluidas como puntos de origen y destino para transporte entre instalaciones para propósito del transporte de cuidado especializado (SCT¹). Por lo tanto, para propósitos de pago de SCT, CMS considera que el término “instalación” incluye:

- Solamente un SNF o un hospital que participa en el programa de Medicare, o
- Una instalación ubicada en un hospital que cumple con los requisitos para ser considerado “con base hospitalaria”.

Los hospitales de Medicare incluyen, pero no se limitan a, hospitales de rehabilitación, hospitales para el tratamiento de cáncer, hospitales para niños, hospitales psiquiátricos, Hospitales de Cuidado Agudo (CAHs por sus siglas en inglés), hospitales para el cuidado de condiciones agudas y SCHs.

Hoja informativa de SCHs

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/2007sch.pdf>

NOTA: LOS CONTRATISTAS NO BUSCARÁN EN SUS ARCHIVOS PARA RETRACTARSE DEL PAGO POR RECLAMACIONES YA PAGADAS NI PARA PAGAR RECLAMACIONES RETROACTIVAMENTE. SIN EMBARGO, LOS CONTRATISTAS HARÁN AJUSTES A LAS RECLAMACIONES QUE SEAN LLEVADAS A SU ATENCIÓN.

Información Adicional

Si usted desea más información, puede llamar a nuestro Centro de Contacto con el Proveedor 1-877-715-1921. Usted encontrará detalles completos sobre el CR 5533 en la instrucción oficial enviada a su FI, Contratista o 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/R68BP.pdf>. Los proveedores pueden revisar las Regulaciones Federales para el Manual de Tarifas Fijas de Ambulancias en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/04_CFRAFS.asp#TopOfPage.

¹ Proveedores calificados para brindar este servicio deberán proveer dicha evidencia a nuestra oficina del Director Médico.

Ambulance

December 1, 2006 (71 FR 69716) final rule, CMS expanded the definition of “interfacility” to include both hospitals and skilled nursing facilities (SNFs).

In addition, CMS further clarified the kinds of facilities included as origin or destination points for “interfacility” transport for Specialty Care Transport (SCT¹) purposes. Therefore, for purposes of SCT payment, CMS considers a “facility” to include:

- Only a SNF or a hospital that participates in the Medicare program, or
- A hospital-based facility that meets the requirements for provider-based status.

Medicare hospitals include, but are not limited to, rehabilitation hospitals, cancer hospitals, children’s hospitals, psychiatric hospitals, Critical Access Hospitals (CAHs), inpatient acute-care hospitals, and Sole Community Hospitals (SCHs).

SCHs Fact Sheet

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/2007sch.pdf>

NOTE: CONTRACTORS WILL NOT SEARCH THEIR FILES TO EITHER RETRACT PAYMENT FOR CLAIMS ALREADY PAID OR TO RETROACTIVELY PAY CLAIMS. HOWEVER, CONTRACTORS WILL ADJUST CLAIMS BROUGHT TO THEIR ATTENTION.

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 (CR5533) issued to your Medicare FI, Carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R68BP.pdf> on the CMS website. Providers may review the Federal Regulations for the Ambulance Fee Schedule located at http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/04_CFRAFS.asp#TopOfPage on the CMS website.

¹ Eligible providers to render this service have to submit evidence to our Medical Director Office.

MM5533/March 30, 2007/ml-snp

Reclamaciones

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

--RECORDATORIO--

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 de que el sistema computadorizado estándar de la Parte B y los sistemas de procesamiento

Claims

PROCESSING ALL DIAGNOSIS CODES REPORTED ON CLAIMS SUBMITTED TO CARRIERS

--REMINDER--

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 requirement that the Part B standard system

Cont. on next page

Reclamaciones

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

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

REVISIÓN DE LOS REQUISITOS PARA SOMETER LA FORMA CMS-1500

La descripción que contiene la publicación 100-04, capítulo 26 del "Internet Only Manual" con respecto a la forma CMS-1500 se está actualizando para reflejar pautas del proceso actual, proveer aclaración adicional e incorporar las decisiones recientes de la recopilación de datos tomados por CMS.

Se están realizando las siguientes actualizaciones:

- Se eliminó el requisito para someter el número de Seguro Social del proveedor en el encasillado 25, para el "crossover" mandatorio del Medigap
- Se eliminó el requisito de reportar el número de identificación del centro de enfermería especializada en el encasillado 23
- Se añadió una descripción al encasillado 17A indicando que el calificador 1G precede el número de identificación único del médico

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/MM5489.pdf>.

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

REVISIONS TO FORM CMS-1500 SUBMISSION REQUIREMENTS

The language contained in Pub 100-04, Chapter 26 of the Internet Only Manual regarding the Form CMS-1500 is being updated to reflect current processing guidelines, provide further clarification, and incorporate recent data collection decisions made by CMS.

The following updates are being made:

- *Requirement to submit the provider's Social Security Number in Box 25, for mandated Medigap crossover, has been removed*
- *Requirement to report the PIN of the Skilled Nursing Facility in Box 23 has been removed*
- *Language was added to Box 17A indicating qualifier 1G precedes the Unique Physician Identification Number*

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/MM5489.pdf> on the CMS web site.

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

CR5489/trans.1215/MM5489/mar/moa

Reclamaciones

REVISIONES A LAS INSTRUCCIONES PARA IMPLEMENTAR EL FORMULARIO REVISADO HEALTH INSURANCE CLAIM PARA RECLAMACIONES INCOMPLETAS O INVÁLIDAS

Este artículo se basa en el CR 5391, el cual revisa el *Claims Processing Manual* de Medicare (Pub. 100-04; Ch. 1, Sec. 80.3.2) para manejar reclamaciones incompletas o inválidas para reflejar cambios al informar ítems para el Identificador Nacional del Proveedor (NPI) en el formulario revisado CMS-1500 versión 08/05 y actualiza las referencias de los códigos de remesa en las instrucciones y revisa las instrucciones para indicar qué es consistente con las guías de la ley *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA). Proveedores que se vean afectados deberán asegurarse que su personal de facturación esté consciente de los requisitos para informar el NPI. Estos cambios aplican a reclamaciones recibidas en o después del 23 de mayo de 2007.

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/MM5391.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Claims

REVISIONS TO INCOMPLETE OR INVALID CLAIMS INSTRUCTIONS NECESSARY TO IMPLEMENT THE REVISED HEALTH INSURANCE CLAIM FORM CMS-1500

This article is based on Change Request (CR) 5391 which revises the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04; Chapter 1, Section 80.3.2) relating to the handling of incomplete and invalid claims to reflect the changes in reporting items for the National Provider Identifier (NPI) on the revised Form CMS-1500 version 08/05 and updates the references to remark codes in the instructions and revises the instructions to indicate what is consistent with Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) guidelines. Affected providers should assure their billing staff are aware of NPI reporting requirements. These changes apply to claims received on or after May 23, 2007.

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/MM5391.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5391/Trans.1187/MM5391/jsr-03/02/2007

NUEVO PLAZO PARA QUE SE REQUIERA SOMETER LA VERSIÓN (08-05) DE LA FORMA CMS 1500

CMS está dando instrucciones a los contratistas de rechazar la Forma CMS 1500 (12-90) recibidas a partir del 2 de julio de 2007.

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/MM5616.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

NEW DEADLINE FOR REQUIRED SUBMISSION OF THE FORM CMS-1500 (08-05)

CMS is instructing contractors to reject the Form CMS-1500 (12-90) claims received starting July 2, 2007.

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/MM5616.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5616/Trans.R1247CP

Reclamaciones

ERRORES COMUNES DE FACTURACIÓN QUE DEBE EVITAR CUANDO FACTURE A LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE

Este artículo de edición especial incluye información general sobre algunos de los errores más frecuentes que se encuentran en las reclamaciones sometidas al contratista de Medicare. La intención del artículo es ayudarle a completar sus reclamaciones de Medicare para que no se denieguen, rechacen o atrasen debido a información incorrecta o incompleta.

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/SE0712.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Claims

COMMON BILLING ERRORS TO AVOID WHEN BILLING MEDICARE CARRIERS

This special edition article includes some general information regarding the most frequent errors that are found in claims submitted to Medicare carriers. The article is intended to help you correctly complete your Medicare claims so they will not be denied, rejected, or delayed because of incorrect or incomplete information.

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/SE0712.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

SE0712 ab-03/09/2007

CLARIFICACIÓN DEL MM5488 CON RESPECTO A LA CODIFICACIÓN EN LA FORMA CMS-1500

Este artículo de edición especial (SE0716) aclara el MM5488 "Adición temporera a la lista de excepción del Acta de Cumplimiento de la Simplificación Administrativa (ASCA) para reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) publicada el 9 de marzo de 2007". El artículo MM5488 relacionado a la petición de cambio (CR) 5488, los contratistas de Medicare y a los MACS A/B que se otorgó una dispensa al requisito de ASCA para el co-pago de las reclamaciones MSP.

Específicamente, el SE0716 les notifica a los médicos y proveedores que sus reclamaciones se pueden procesar en error si identifican el pago primario del pagador primario en el encasillado 29 de la CMS 1500. En este encasillado se debe identificar e incorporar solamente la cantidad del pago del beneficiario.

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/SE0716.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

CLARIFICATION OF MM5488 ARTICLE REGARDING CODING ON CMS-1500

This special addition article (SE0716) clarifies MM5488 (Temporary Addition to the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) Exception List for Medicare Secondary Payer (MSP) Claims -Released March 9, 2007). MM5488 related to Change Request (CR) 5488, which informed Medicare carriers and A/B MACS that a temporary waiver to a requirement of the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) is being granted for the co-payments in MSP claims.

Specifically, SE 0716 notifies physicians and providers that your claims may be processed in error if you identify the primary payer's primary payment in block 29 of the CMS form 1500. You must only identify and enter the beneficiary payment amount in this block.

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/SE0716.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

SE0716/MAR-moa

Reclamaciones

TRANSICIÓN MANDATORIA DEL PROCESO “CROSSOVER” MEDIGAP (POR RECLAMACIÓN) HACIA EL CONTRATISTA DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COBC)

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5601, que resume los requisitos sistemáticos de CMS para la transición del proceso de transferencia mandatorio de Medigap (“por reclamación”) de sus contratistas Parte B al proceso COBC. Durante el período de junio a septiembre de 2007, el Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare (COBC, por sus siglas en inglés), firmará acuerdos nacionales con las aseguradoras Medigap y asignará un identificador COBA de 5 dígitos a dichas entidades. El proveedor deberá incluir el identificador que le corresponde a la aseguradora en sus reclamaciones para que Medicare realice dicha transferencia.

CMS también está preparando una Petición de Cambio separada (CR 5662) que incluye el sitio Web donde el personal de facturación del proveedor puede, para propósitos de iniciar el transferencia Medigap por reclamaciones, obtener la lista de estos nuevos identificadores COBA. Dentro de las próximas semanas, luego de la publicación del CR 5662, los proveedores también recibirán más información detallada sobre este cambio por medio de los boletines informativos y a través del sitio Web de los Contratistas de Medicare.

Claims

TRANSITIONING THE MANDATORY MEDIGAP (“CLAIM-BASED”) CROSSOVER PROCESS TO THE COORDINATION OF BENEFITS CONTRACTOR (COBC)

Provider Types Affected

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

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5601, which outlines the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) systematic requirements for the transitioning of its mandatory Medigap (“claim-based”) crossover process from its Part B contractors to the COBC. During the period from June through September 2007, CMS’ Coordination of Benefits Contractor (COBC) will sign national crossover agreements with Medigap claim-based crossover insurers and will assign new 5-digit Coordination of Benefits (COBA) Medigap claim-based crossover identifiers to these entities for inclusion on incoming Medicare claims.

CMS is also preparing a separate change request (CR 5662) that includes the website where provider billing staffs may go to obtain the listing of new COBA Medigap claim-based identifiers for purposes of initiating Medigap claim-based crossovers. Within the next few weeks, following the issuance of CR 5662, providers will also receive more detailed information regarding this change via their Medicare contractors’ provider newsletters/ bulletins and websites.

Cont. on next page

Reclamaciones

Lo Que Usted Necesita Saber

El 1 de octubre de 2007 es la fecha límite para completar la transición del proceso de tar de Medigap al COBC. En ese momento, CMS sólo apoyará el formato de reclamación aprobado por HIPAA ANSI X-12N 837, COB profesional (versión 4010-A1), y la versión del **National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP), versión 5.1, "batch" estándar 1.1, para dichos transferencias.** En el momento en que el COBC de CMS asigne el nuevo ID COBA de Medigap por reclamaciones a la aseguradoras, también publicará esta información en su sitio Web de COB para que el personal de facturación del proveedor pueda accederlo para propósitos de incluir identificadores nuevos a las reclamaciones de Medicare Parte B, reclamaciones de equipo médico duradero, protéticos, ortóticos, y suministros (DMEPOS), y reclamaciones de medicamentos NCPDF de la Parte B. Para el 1 de octubre de 2007 los proveedores estarán informando exclusivamente los nuevos identificadores en las reclamaciones sometidas para propiciar la transferencia Medigap a base de reclamaciones.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Durante junio hasta septiembre de 2007, CMS irá moviendo progresivamente los aseguradores Medigap al proceso nuevo. Asegúrese que su personal de facturación se encuentra al tanto de estos cambios, y que las reclamaciones sean enviadas a los contratistas de Medicare a tiempo y de manera correcta.

Trasfondo

Al presente, de acuerdo con la Sección §1842(h)(3)(B) del Acta de Seguro Social y la Sección §4081(a)(B) de la Ley Pública 100-203 (**Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987**), los Contratistas de la Parte B, inclusive a los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs, por sus siglas en inglés), y los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos DME de

Claims

What You Need to Know

October 1, 2007 is the effective date for completing the transition of the Medigap crossover process to the COBC. At that time, CMS will then only support the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) American National Standards Institute (ANSI) X-12N 837 professional COB (version 4010-A1) claim format and National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) version 5.1 batch standard 1.1 claim format for such crossovers. As CMS' COBC assigns the new COBA Medigap claim-based ID to the Medigap insurers, it will populate this information on its COB website so that provider billing staffs may access it for purposes of including the new identifiers on incoming Medicare Part B claims, claims for durable medical equipment, prosthetics, orthotics, and supplies (DMEPOS), and NCPDP Part B drug claims. By October 1, 2007, providers will exclusively be including the new identifiers on incoming claims to initiate Medigap claim-based crossovers.

What You Need to Do

During June through September, 2007, CMS will gradually be moving Medigap insurers to the new process. Be certain that your billing staffs are aware of these changes and that claims are sent to Medicare contractors in a timely and correct manner.

Background

Currently, in accordance with §1842(h)(3)(B) of the Social Security Act and §4081(a)(B) of Public Law 100-203 (the **Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987**), Part B contractors, including carriers and Medicare Administrative Contractors (MACs), and Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)/DME Medicare Administrative Contractors (DMACs)

Cont. on next page

Reclamaciones

Medicare (DMACs, por sus siglas en inglés) transfieren las reclamaciones de proveedor participante a los aseguradores Medigap si el beneficiario ha asignado derechos de pago al proveedor, y si se cumple con otros requisitos de archivo de reclamaciones.

Esta manera de transferir reclamaciones es comúnmente conocida como “*Medigap claims-based crossover*.” Uno de los “otros” requisitos para someter estas reclamaciones para transferencia Medigap basado en reclamaciones, es que el proveedor participante debe incluir el identificador OCNA (*Other Carrier Name and Address*), o debe incluir el número de identificación “N-Key” en la reclamación electrónica.

Puntos Clave del CR5601

- Tenga presente que durante el período de transición de junio a septiembre de 2007 el COBC asignará gradualmente nuevos identificadores a las aseguradoras Medigap durante el periodo de tres meses de período previo a la transición actual. Hasta que el COBC de CMS asigne el nuevo ID COBA de Medigap 5 dígitos a la aseguradora de Medigap, Medicare continuará aceptando el ID anterior de contratista OCNA o identificadores “N-Key” para propósitos de iniciar las transferencias de Medigap por reclamación. Durante junio a septiembre de 2007, los contratistas afectados también continuarán cruzando las reclamaciones a sus recipientes Medigap basado en reclamación como “normales”. CMS estará evaluando regularmente a los contratistas de Medicare afectados cuando el COBC ha asignado IDs nuevos COBA Medigap basado en reclamación a los aseguradores Medigap, y publicará esta información en su sitio Web para que los contratistas **puedan dirigir a los proveedores a ese enlace para propósitos de obtener la información actualizada.**
- A partir del 1 de octubre de 2007, las reclamaciones sometidas a Medicare:

Claims

transfer participating provider claims to Medigap insurers if the beneficiary has assigned rights to payment to the provider and if other claims filing requirements are met.

This form of claims transfer is commonly termed “Medigap claims-based crossover.” One of the “other” claims filing requirements for Medigap claim-based crossover is that the participating provider must include an Other Carrier Name and Address (OCNA) or N-key identification number on the incoming electronic claim to trigger the crossing over of the claim.

Key Points of CR5601

- *Be aware that during the transition period from June through September 2007 the COBC will assign new 5-byte claim-based Coordination of Benefits Agreement (COBA) IDs to the Medigap insurers on a graduated basis throughout the three month period prior to the actual transition. Until CMS’ COBC assigns a new 5-digit COBA Medigap claim-based ID to a Medigap insurer, Medicare will continue to accept the older contractor-assigned OCNA or N-key identifiers for purposes of initiating Medigap claim-based crossovers. During June through September 2007, the affected contractors will also continue to cross claims over as normal to their Medigap claim-based crossover recipients. CMS will be regularly apprising the affected Medicare contractors when -the COBC has assigned new COBA Medigap claim-based IDs to the Medigap insurers and will post this information on its COB website so that contractors **may direct providers to that link for purposes of obtaining regular updates.***
- *Effective with claims filed to Medicare on October 1, 2007:*

Cont. on next page

Reclamaciones

- Todos los proveedores participantes que han obtenido una excepción de facturación bajo el “*Administrative Simplification Compliance Act*” deberán entrar el nuevo identificador asignado COBA Medigap por reclamación dentro del bloque 9-D de la reclamación CMS-1500 entrante, para propósitos de iniciar la transferencia Medigap por reclamación.
- Todos los demás proveedores participantes entrarán el ID nuevo asignado COBA Medigap por reclamación, con justificación izquierda y seguido de espacios, dentro de la porción NM109 del “loop” 2330B de la reclamación profesional de HIPAA ANSI X12-N 837, y dentro del campo 301-C1 del segmento T04 en las reclamaciones sometidas del NCPDP, poder iniciar las transferencias Medigap por reclamación.
- Los proveedores tienen que asegurarse que las reclamaciones se sometan con el identificador apropiado que comienza con el número “5” y que contiene 5 dígitos.
- Esté atento al hecho de que las reclamaciones para las transferencias de Medigap por reclamación contienen una corrección sintáctica del ID de COBA Medigap por reclamación sometida, para asegurar que el identificador comienza con un número “5” y que contiene 5 dígitos numéricos. Si su reclamación no sigue el formato apropiado, Medicare continuará adjudicando su reclamación, pero le notificará a usted por medio del Aviso de Pago Electrónico (ERA, por sus siglas en inglés), y al beneficiario por medio del Resumen de Notificación de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) que la información reportada era insuficiente para llevar a cabo la transferencia de la reclamación.
- El proceso de validación de su contratista de Medicare también continuará verificando que usted participa con Medicare y que el beneficiario le ha asignado beneficios como proveedor.

Claims

- *All participating providers that have been granted a billing exception under the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) should enter CMS’ newly assigned COBA Medigap claim-based identifier (ID) within block 9-D of the incoming CMS-1500 claim for purposes of triggering Medigap claim-based crossovers.*
- *All other participating providers shall enter the newly assigned COBA Medigap claim-based ID, left-justified and followed by spaces, within the NM109 portion of the 2330B loop of the incoming HIPAA ANSI X12-N 837 professional claim and within field 301-C1 of the T04 segment on incoming National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) claims for purposes of triggering Medigap claim-based crossovers.*
- *Providers will need to make certain that claims are submitted with the appropriate identifier that begins with a “5” and contains “5” numeric digits.*
- *Be mindful that claims for Medigap claim-based crossovers shall feature a syntactic editing of the incoming COBA claim-based Medigap ID to ensure that the identifier begins with a “5” and contains 5 numeric digits. If your claim does not follow the appropriate format, Medicare will continue to adjudicate your claim as normal but will notify you via the Electronic Remittance Advice (ERA) and the beneficiary via the Medicare Summary Notice (MSN) that the information reported was insufficient to cause the claim to be crossed over.*
- *Your Medicare contractor’s screening process will also - continue to verify that you participate with Medicare and that the beneficiary has assigned benefits to you as the provider.*

Cont. on next page

Reclamaciones

- Si la reclamación sometida al contratista de Medicare indica que (1) la reclamación contenía un ID de transferencia inválido de Medigap por reclamación, **el contratista de Medicare** enviará el siguiente mensaje estándar a usted, el proveedor.
 - **“No se envió información a la aseguradora Medigap debido a información incorrecta/inválida que usted sometió concerniente al asegurador. Por favor, verifique su información y someta su reclamación directamente al asegurador secundario.”**
- Además, en estos casos, si el sistema de éditos (CWF, por sus siglas en inglés) de CMS determina que el beneficiario fue identificado por transferencia en un archivo de elegibilidad de la aseguradora Medigap, el sistema CWF prohibirá la transferencia al asegurador Medigap cuya información fue entrada en la reclamación sometida.
- También, el contratista de Medicare incluirá el siguiente mensaje en el MSN del beneficiario conjuntamente con la reclamación: (MSN #35.3):
 - “Una copia de esta notificación no será enviada a su aseguradora Medigap porque la información Medigap sometida en la reclamación estaba incompleta o era inválida. Favor de someter una copia de esta notificación a su aseguradora Medigap”.
- **RECUERDE:** Mientras los COBC de CMS asignen identificadores nuevos Medigap por reclamación de 5 dígitos a las aseguradoras Medigap, se espera que los proveedores participantes incluyan el nuevo identificador de 5 dígitos en las reclamaciones de transferencia sometidas para propósitos de iniciar las transferencias de Medigap basado en reclamación. Además, a partir del **1 de octubre de 2007, los cruces de los Medigap basado en reclamación ocurrirán exclusivamente a través del COBC en el formato HIPAA ANSI X12-N 837, formato profesional (versión 4010A1 o formato más reciente) y el formato de reclamación NCPDP.**

Claims

- *If the claim submitted to the Medicare contractor indicates that (1) the claim contained an invalid claim-based Medigap crossover ID, **the Medicare contractor** will send the following standard message to you, the provider.*
 - *“Information was **not** sent to the Medigap insurer due to incorrect/invalid information you submitted concerning the insurer. **Please verify your information and submit your secondary claim directly to that insurer.**”*
- *In addition, in these cases, if CMS Common Working File (CWF) system determines that the beneficiary was identified for crossover on a Medigap insurer’s eligibility file, the CWF system will suppress crossover to the Medigap insurer whose information was entered on the incoming claim.*
- *Also, the Medicare contractor will include the following message on the beneficiary’s MSN in association with the claim: (MSN #35.3):*
 - *“A copy of this notice will not be forwarded to your Medigap insurer because the Medigap information submitted on the claim was incomplete or invalid. Please submit a copy of this notice to your Medigap insurer.”*
- **REMEMBER:** *As CMS’s COBC assigns new 5-digit COBA Medigap claim-based identifiers to Medigap insurers, participating providers will be expected to include the new 5 digit identifier on incoming crossover claims for purposes of triggering claim-based Medigap crossovers. Additionally, effective with **October 1, 2007, Medigap claim-based crossovers will occur exclusively through the COBC in the HIPAA ANSI X12-N 837 professional claim format (version 4010A1 or more current standard) and NCPDP claim format.***

Cont. on next page

Reclamaciones

Información Adicional

Para detalles completos sobre esta Petición de Cambio, refiérase a la instrucción oficial (CR5601) enviada a su Contratista, A/B MAC, DME MAC o DMERC de Medicare. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1242CP.pdf>.

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

MM5601/May 18, 2007/ml-snp

Claims

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5601) issued to your Medicare carrier, A/B MAC, DME MAC, or DMERC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1242CP.pdf> on the CMS website.

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

REQUISITOS ADICIONALES NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE SALUD – CMS 1500 (08/05)

Este artículo fue revisado el 8 de mayo de 2007. En esta revisión se añadió lo siguiente: “los contratistas de Medicare, con sistemas de pago por servicios mediante tarifas fijas, establecieron un plan de contingencia referente a la implementación de NPI del 23 de mayo de 2007. Estos contratistas permitirán el uso de número legado en las transacciones; aceptar transacciones con el NPI solamente y transacciones con ambos números (legado y NPI). Para más detalles sobre este plan de contingencia ver el artículo de MLN Matter en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>.

Este artículo se revisó el 9 de febrero de 2007 para aclarar el lenguaje en el primer punto mencionado bajo el título de “Billing Guidelines” de la página 2, en la cual se refiere a la indicación del NPI en el formulario CMS 1500 (08/05). La restante información continúa igual.

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/MM5060.pdf>.

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

ADDITIONAL REQUIREMENTS NECESSARY TO IMPLEMENT THE REVISED HEALTH INSURANCE CLAIM FORM CMS- 1500 (08/05)

This article was revised on May 8, 2007, to add this statement that Medicare FFS has announced a contingency plan regarding the May 23, 2007 implementation of the NPI. For some period after May 23, 2007, Medicare FFS will allow continued use of legacy numbers on transactions; accept transactions with only NPIs; and accept transactions with both legacy numbers and NPIs. For details of this contingency plan, see the MLN Matters article, <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>.

This article was revised on February 9, 2007, to clarify the language in the first bullet point under “Billing Guidelines” on page 2, which refers to the indication of the NPI on the revised CMS 1500 (08/05). All other information remains the same.

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/MM5060.pdf> on the CMS web site.

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

CR5060/Trans. 1010/MM5060 abr.

Medicare Pagador Secundario (MSP)

ADICIÓN TEMPORERA A LA LISTA DE EXCEPCIONES DEL ADMINISTRATIVE SIMPLIFICATION COMPLIANCE ACT (ASCA) EN RECLAMACIONES DE MSP

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que someten reclamaciones de reembolso de co-pago a los Contratistas de la Parte B y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 5488 que informa a los Contratistas de Medicare y los A/B MACs que se está otorgando una dispensa temporera a los requisitos del *Administrative Simplification Compliance Act* (ASCA por sus siglas en inglés) para ciertas reclamaciones, según se discute en este artículo.

Lo Que Usted Necesita Saber

Se ha creado una excepción en el CR 5488 que instruye a los Contratistas y los A/B MACs que hacen uso del sistema MCS (*Multi-Carrier System*) para el procesamiento de reclamaciones, para otorgar una dispensa ASCA temporera (hasta el 1 de julio de 2007) para reclamaciones MSP *Electronic Media Claim* (EMC por sus siglas en inglés) con el fin de permitir el procesamiento de reclamaciones MSP para el reembolso a un beneficiario del co-pago realizado al proveedor, cuando el pagador primario es un empleador de la Organización de Cuidado Manejado (MCO por sus siglas en inglés).

Lo Que Usted Necesita Hacer

Los proveedores de Medicare participantes no deben aceptar del beneficiario ningún co-pago, o co-aseguro, después de haber prestado servicios cuando el pagador primario es un empleador de seguro MCO, o cualquier otro tipo de seguro primario. Los proveedores deben seguir las reglas del Pagador Secundario Medicare y

Medicare Secondary Payer (MSP)

TEMPORARY ADDITION TO THE ADMINISTRATIVE SIMPLIFICATION COMPLIANCE ACT (ASCA) EXCEPTION LIST FOR MSP CLAIMS

Provider Types Affected

Physicians and providers submitting co-payment reimbursement claims to Medicare 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) 5488 which informs Medicare carriers and A/B MACs that a temporary waiver to a requirement of the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) is being granted for certain claims as discussed in this article.

What You Need to Know

An exception has been created in CR 5488 that instructs carriers and A/B MACs, who use the Medicare Multi-Carrier System (MCS) for claims processing, to grant a temporary ASCA waiver (until July 1, 2007) for Electronic Media Claim (EMC) MSP claims to allow processing of MSP claims for reimbursement of a beneficiary for co-payment paid to the provider when the primary payer is an employer Managed Care Organization (MCO).

What You Need to Do

Participating Medicare providers must not accept from the beneficiary any co-payment, or coinsurance, upon services rendered when the primary payer is an employer MCO insurance, or any other type of primary insurance. Providers must follow the Medicare Secondary Payer rules and bill Medicare as

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario (MSP)

deben facturar a Medicare como pagador secundario después que el pagador primario haya efectuado el pago. Medicare le notificará en el Aviso de Remesa (RA) la cantidad que usted puede cobrar del beneficiario. Para más detalles sobre estos cambios, refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo.

Trasfondo

El *Administrative Simplification Compliance Act* (ASCA por sus siglas en inglés) requiere que las reclamaciones sean sometidas a Medicare electrónicamente. El CR 5488 instruye a los contratistas MCS (Contratistas de la Parte B y A/B MACs) a que otorguen una dispensa temporera (hasta julio 1, 2007) en reclamaciones MSP *Electronic Media Claim* (EMC) para permitir el procesamiento de reclamaciones MSP de reembolso a un beneficiario por el co-pago pagado al proveedor cuando el pagador primario es un empleador de una Organización de Cuidado Manejado (MCO). Por lo tanto, hasta julio 1, 2007, los contratistas MCS y los A/B MACs tienen instrucciones temporeras de:

- Permitir el reembolso del co-pago de reclamaciones a ser sometidas en papel, y
- Enviar el reembolso directamente al beneficiario.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5488) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC, respecto a este cambio, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1194CP.pdf>.

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

Medicare Secondary Payer (MSP)

*the secondary payer after the primary payer has made payment. Medicare will inform you on its remittance advice the amount you may collect from the beneficiary. See the **Background** and **Additional Information Sections** of this article for further details regarding these changes.*

Background

The Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) requires that claims must be submitted to Medicare electronically. CR 5488 instructs MCS contractors (carriers and A/B MACs) to grant a temporary waiver (until July 1, 2007) for Electronic Media Claim (EMC) MSP claims to allow processing of MSP claims for reimbursement of a beneficiary for co-payment paid to the provider when the primary payer is an employer Managed Care Organization (MCO). Therefore, until July 1, 2007, MCS carriers and A/B MACs are instructed to temporarily:

- Allow for co-payment reimbursement claims to be submitted on paper, and
- Send reimbursement directly to the beneficiary.

Additional Information

The official instruction, CR5488, issued to your carrier and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1194CP.pdf> on the CMS web site.

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

MM5488/March 9, 2007/ML-DG

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:

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

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:

Cont. on next page

Contrato

Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Álvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Néstor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Dávila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De León 11 Calla Granada Mayagüez, PR 00680	January 20, 2003
Báez López, Roberto	Calle Víctor Salaberry #32 Guánica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. Croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enríquez, José M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamón, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, José L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Río Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Báez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las América Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Dávila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Díaz Ríos, Pedro J.	Rosado Med. Bldg. - 358 Font Martelo Humacao, PR 00791	August 10, 2006
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Río Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
García Medina, Benjamín A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb. Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jiménez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
López Morales, Ángel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002

Contrato

Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Montañez López, Carlos W.	Óptica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Nevarez Sostre, Edgar	Urb. Jardines / Calle 9 #B-4 Dorado, PR 00694	December 20, 2006
Olivari Milán, José A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Área de Yauco Clínicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
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)

IMPORTANCIA DE REPORTAR LOS NÚMEROS DE LEGADO A NPPES

El reportar los números legado en los encasillados “Other Provider Identifier” u “Other Provider Identifier Code” en NPPES asistirá a Medicare en crear exitosamente un enlace entre el NPI y los identificadores que Medicare le asignó (por ejemplo PIN).

Por lo tanto, favor de notar que si usted elimina su número legado de estos encasillados la relación que Medicare estableció usando esta información será excluida y sus reclamaciones de Medicare pueden rechazarse.

Si usted necesita validar esta información, visite la página NPPES de <https://nppes.cms.hhs.gov> o puede llamar al enumerador del NPI al 1-800-465-3203.

THE IMPORTANCE OF REPORTING LEGACY NUMBERS IN NPPES

The reporting of legacy numbers in the “Other Provider Identifier” and “Other Provider Identifier Type Code” fields in NPPES will assist Medicare in successfully creating linkages (crosswalk) between providers’ NPIs and the identifiers that Medicare has assigned to them (such as PINs).

You should be aware that if you remove your legacy numbers from these fields the association that Medicare has established using the reported Medicare legacy numbers will be unusable and your Medicare claims could be rejected.

If you need to validate this information, visit NPPES at <https://nppes.cms.hhs.gov> or can call the NPI enumerator to request a paper application at 1-800-465-3203.

Excerpt/CMS LEARN RESOURCE-200708-06

3RA ETAPA DE CAMBIOS EN EL NPI PARA LAS TRANSACCIONES 835 Y LAS REMESAS DE PAGO EN PAPEL

Esta instrucción incluye la 3ra etapa de cambios en el NPI para la transacción 835 y la remesa de pago en papel. Además, incluye cambios en el Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 22 – Remittance Advice (Aviso de remesa).

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/MM5452.pdf>.

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

STAGE 3 NPI CHANGES FOR TRANSACTION 835 AND STANDARD PAPER REMITTANCE ADVICE

This instruction includes Stage 3 NPI Changes for Transaction 835, and Standard Paper Remittance Advice, and changes in Medicare Claims Processing Manual, Chapter 22 – Remittance Advice.

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/MM5452.pdf> on the CMS website.

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

CR5452/Trans.1241/MM5452/Mar

National Provider Identifier (NPI)

EDUCACIÓN A PROVEEDORES PARA MANEJAR ASUNTOS DEL NPI RELACIONADO A PROVEEDORES

Esta instrucción provee educación para manejar asuntos relacionados a médicos que fallecieron antes de obtener un NPI y que el contratista de Medicare reciba reclamaciones después del 23 de mayo de 2007. En estos casos, las reclamaciones se rechazarán debido a la ausencia del NPI del proveedor. Por ende, la persona que somete las reclamaciones debe comunicarse con el contratista para discutir el pago de estas reclamaciones y reportar la muerte del proveedor. El contratista le dará instrucciones al representante del proveedor a que someta las reclamaciones en papel y que indique en el encasillado 19 de la reclamación, que el proveedor falleció.

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/MM5508.pdf>.

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

PROVIDER EDUCATION FOR HANDLING NPI ISSUES RELATED TO DECEASED PROVIDERS

This instruction provides education for handling issues related to deceased providers. In the event, that a provider dies before obtaining an NPI and claims are received by a Medicare contractor after May 23, 2007, the claims will be rejected due to the absence of the provider's NPI. At that point, the claim submitter must contact the Medicare contractor to discuss payment of the claims and report the provider's death. The representative of the estate will be instructed by the contractor to submit the claims in paper indicating in item 19 of the claim that the provider is deceased.

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/MM5508.pdf> on the CMS website.

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

CR5508/Trans. 1216/MM5508 ab-moa

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

¿CÓMO EL PROVEEDOR REPORTA SU NPI EN LAS RECLAMACIONES DE MEDICARE?

HOW DOES THE PROVIDER REPORT THEIR NPI ON MEDICARE CLAIMS?

Médico que refiere un servicio

Referring/ordering physician's NPI

Paper claim	Electronic claim
Item 17. Referring physician name	Loop 2310A.NM1. Referring physician name
Item 17.A. Referring physician UPIN	Loop 2310.REF01 = 1G and REF02 = Referring physician UPIN
Item 17.B. Referring physician NPI	Loop 2310.NM108 = XX, NM109 = Referring physician NPI

Proveedor ofrece un servicio bajo un grupo

Rendering physician in a group practice

Paper claim	Electronic claim
Item 24.J. Rendering physician's group number with the suffix (upper space) and the NPI	Loop 2310B.NM108 = XX, NM109 = Rendering physician's NPI. Loop 2310B.REF01 = 1C, REF02 = Rendering physician's group number with the suffix (upper space)

Paper claim	Electronic claim
Item 33. Group Name, address and telephone number	Loop 2010AA.NM1, Group name Loop 2010AA.N3 y N4, address Loop 1000A.PER, telephone number
Item 33.a. Group NPI	Loop 2010AA.NM108 = XX, NM109 = Group NPI
Item 33.b. Group provider number	Loop 2010AA.REF01 = 1C, REF02 = Group provider number

Proveedor Individual

Individual Physician

Paper claim	Electronic claim
Item 33. Name, address and telephone number	Loop 2010AA.NM1, name Loop 2010AA.N3 y N4, address Loop 1000A.PER, telephone number
Item 33.a. Group NPI	Loop 2010AA.NM108 = XX, NM109 = provider's NPI
Item 33.b. Group provider number	Loop 2010AA.REF01 = 1G, NM109 = provider's number

Nota: No debe llenar encasillado 24J o enviar el Loop 2310B en electrónico. Note: Item 24J is not required as well as Loop 2310B on electronic claims.

Laboratorio clínico

Clinical Laboratory

Paper claim	Electronic claim
Item 17. Referring physician name	Loop 2310A.NM1 Referring physician name
Item 17.A. Referring physician UPIN	Loop 2310.REF01 = 1G, REF02 = Referring physician UPIN
Item 17.B. Referring physician NPI	Loop 2310.NM108 = XX, NM109 = Referring physician NPI

Paper claim	Electronic claim
Item 33. Name, address and telephone number.	Loop 2010AA.NM1, laboratory's name Loop 2010AA.N3 y N4, address Loop 1000A.PER, telephone number
Item 33.a. Group NPI	Loop 2010AA.NM108 = XX, NM109 = Laboratory's NPI
Item 33.b. Group provider number	Loop 2010AA.REF01 = 1C, REF02 = Laboratory's provider number

National Provider Identifier (NPI)

EL SISTEMA DE PAGO POR SERVICIO MEDIANTE TARIFA FIJA DE MEDICARE ESTABLECERÁ UN PLAN DE CONTINGENCIA PARA IMPLEMENTAR EL NPI

Este artículo se revisó el 24 de abril de 2007 para reflejar los cambios que se hicieron al CR5595, el cual CMS volvió a emitir el 24 de abril. El artículo se cambió para reflejar en letra negrilla en la página 2 que “Mientras las entidades cubiertas, incluyendo planes médicos y proveedores de salud cubiertos, continúen actuando de buena fe para cumplir, entiéndase trabajando para poder aceptar y enviar los NPI’s, pueden establecer planes de contingencia para facilitar el cumplimiento de sus socios de negocios”. También se revisó el número de “transmittal”, la fecha de publicación y la dirección electrónica para acceder al CR5595. El resto de información permanece igual.

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 IMPLEMENTATION CONTINGENCY PLAN

This article was revised on April 24, 2007, to reflect changes made to CR5595, which CMS re-issued on April 24. The article was changed to reflect in bold print on page 2 that “As long as covered entities, including health plans and covered health providers, continue to act in good faith to come into compliance, meaning they are working towards being able to accept and send NPIs, they may establish contingency plans to facilitate the compliance of their trading partners”. The article also has a revised transmittal number, release date, and Web address for accessing CR5595. All other information remains the same.

MM5595 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

National Provider Identifier (NPI)

GUÍA IMPORTANTE RELACIONADA A LA UTILIZACIÓN DEL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI) EN LAS RECLAMACIONES DE MEDICARE

Este artículo fue revisado el 7 de mayo de 2007. En esta revisión se añadió lo siguiente; los contratistas de Medicare, con sistemas de pago por servicios mediante tarifas fijas, establecieron un plan de contingencia referente a la implementación de NPI del 23 de mayo de 2007. Estos contratistas permitirán el uso de número legado en las transacciones; aceptar transacciones con el NPI solamente y transacciones con ambos números (legado y NPI). Para más detalles sobre este plan de contingencia ver el artículo en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>.

No más tarde del 23 de mayo de 2007, usted debe correctamente informar su NPI en toda transacción de intercambio electrónico de data (EDI, según sus siglas en inglés) y en las reclamaciones en papel que someta a Medicare, al igual que al solicitar información a través del sistema de respuesta automática (IVR, según sus siglas en inglés) o sus transacciones serán rechazadas. Todo proveedor de cuidado de salud cubierto por HIPAA, sea **individuos** o **organizaciones**, que puedan ser identificados en una reclamación sometida a Medicare para pago debe obtener un NPI para identificarse en la transacción estándar de HIPAA.

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/se0659.pdf>.

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

IMPORTANT GUIDANCE REGARDING NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) USAGE IN MEDICARE CLAIMS

This article was revised on May 7, 2007, to add this statement that Medicare FFS has announced a contingency plan regarding the May 23, 2007 implementation of the NPI. For some period after May 23, 2007, Medicare FFS will allow continued use of legacy numbers on transactions; accept transactions with only NPIs; and accept transactions with both legacy numbers and NPIs. For details of this contingency plan, see the MLN Matters article at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>

*You must report your NPI correctly on all electronic data interchange (EDI) transactions that you submit, as well as on paper claims you send to Medicare and telephone Interactive Voice Response (IVR) queries by no later than May 23, 2007, or your transactions will be rejected. All HIPAA covered healthcare providers whether **individuals** or **organizations** who may be identified on a claim submitted to Medicare for payment must obtain an NPI to identify themselves in HIPAA standard transactions.*

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/se0659.pdf> on the CMS web site.

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

SE0659 san dg

National Provider Identifier (NPI)

REQUISITO DE AUTENTICACIÓN DEL PROVEEDOR PARA SOLICITUDES DE INFORMACIÓN POR TELÉFONO Y ESCRITO DURANTE EL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL NPI DE MEDICARE FFS

Debido al Plan de contingencia para la implementación del NPI del programa del Sistema de pago por servicios (FFS, según sus siglas en inglés) de Medicare, el NPI no será un elemento para autenticar una solicitud de información general a través del teléfono o por escrito, hasta la fecha en que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requiera que el mismo aparezca en toda transacción. En este ambiente de contingencia, el número de acceso para transacciones del proveedor (PTAN, según sus siglas en inglés) es su número legado (PIN). Su número PTAN en que algunos de los centros de llamadas de Medicare FFS se refieren a él como el número legado del proveedor, será el elemento para autenticar toda solicitud de información que se lleve a cabo por el Sistema de respuesta automatizada (IVR), representantes de servicio (CSR), y unidades para solicitudes escritas.

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/SE0721.pdf>.

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

PROVIDER AUTHENTICATION REQUIREMENTS FOR TELEPHONE AND WRITTEN INQUIRES DURING THE MEDICARE FFS NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) CONTINGENCY PLAN

Due to the Medicare FFS NPI contingency plan, the NPI will not be a required authentication element for general provider telephone and written inquiries until the date that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) requires it to be on all claim transactions. In this contingency environment, the provider transaction access number (PTAN) is your current legacy provider identification number (PIN). Your PTAN, which may be referred to as your legacy number by some Medicare Fee-for-Service provider contact centers (PCCs), will be the required authentication element for all inquiries to Interactive Voice Response (IVR) systems, customer service representatives (CSRs), and the written inquiries units.

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/SE0721.pdf> on the CMS website.

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

SE0721 abr

Contrato

RECERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR DE MÉDICOS

Medicare estará aceptando como válido la copia del recibo que emite el proceso de recertificación vía Internet del Tribunal Examinador de Médicos (TEM) hasta el 30 de septiembre de 2007. A los proveedores que así lo entreguen se les extenderá la fecha para enviar copia de la tarjeta hasta el 30 de noviembre. De no enviar la copia del recibo de Internet al 30 de septiembre de 2007 no se les estarán emitiendo pagos para los servicios rendidos en o después del 1 de octubre de 2007. Por otro lado, si no envía copia de la tarjeta al 30 de noviembre de 2007, no se le emitirán pagos por los servicios desde el 30 de septiembre de 2007.

Enrollment

MEDICAL BOARD EXAMINATION RECERTIFICATION

Medicare will be accepting as valid the copy of the Internet receipt issued by the Puerto Rico Board of Medical Examiners (Spanish acronym, TEM) until September 30, 2007. We will be extending the date until November 30, 2007 to those providers who submit the copy of the receipt on or before September 30, 2007. We will not be emitting payments to those providers that do not send the copy of the receipt by September 30, 2007 or do not send a copy of the Recertification Card by November 30, 2007. Both conditions apply to services furnished on or after September 30, 2007.

IC-RR/Enrollment/09-18-07

MEDICARE INFORMA

**BOX 71391
SAN JUAN, PR 00936**

RETURN SERVICE REQUESTED

PRSRT STD

**U.S. POSTAGE PAID
SAN JUAN, P.R.
PERMIT NO. 2563**