

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Marzo 2007 Año 13 Num. 2

TABLA DE CONTENIDO

FACTURACION

• Información de los códigos de taxonomía para identificar las subpartes en reclamaciones institucionales	3
• Actualización anual para las facilidades de rehabilitación (IRF): Cambios del pagador en el sistema de pagos prospectivos (PPS) de 2007	
• Cambios para el 2007 al Sistema de Pagos Prospectivos Hospitalarios, Facilidades de Cuidado Prolongado y Facilidades psiquiátricas	
• Actualización anual de códigos utilizados para la facturación consolidada de Salud en el Hogar	
• Aclaración sobre las exenciones de las terapias ambulatorias	4
• Implantación del cernimiento de ultrasonido para el Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA)	
• Implementación de la facturación uniforme para la UB 2004	
• Requisitos de facturación para las reclamaciones de las facilidades renales por cada línea de cargos	5
• Lista de medicamentos Parte B con precio promedio de venta (actualización abril 2007)	
• Especificaciones del Outpatient Code Editor (OCE) Versión 8.0 para el Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS) de Abril 2007	6
• Actualización trimestral de abril 2007 para las tarifas de equipo médico, protésicos, ortóticos y suplidos	
• Actualización 2007 a las tarifas compuestas de pago por la enfermedad renal en etapa terminal	
• Especificaciones de la versión OCE 22.2 de Abril 2007 para hospitales que no están en el Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorio (OPPS)	7
• Pago adicional por la facturación del aislamiento de islotes en los ensayos clínicos auspiciado por el Instituto Nacional de Salud (NIH)	
• Actualización de los códigos y pagos para los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC)	
• Factor de inflación para ambulancias (AIF) para el año 2007	8
• Implantación de cambios en los pagos a las facilidades renales para el año 2007	
• Reclamaciones sometidas solamente con el Identificador Nacional Único (NPI) durante la segunda fase del período de transición del NPI	
• Modificación de los requisitos de editajes del NPI	
• Nuevos editajes para promover la codificación y pago de reclamaciones apropiada para las facilidades de rehabilitación en un Sistema de Pagos Prospectivos	9
• Termina plan de contingencia para la remesa de pago y cobro por el PC Print, Medicare Remit Easy Print y duplicados de remesas	
• Devolución de facturas en papel recibidas de los Clearinghouses	
• Codificación y pago de dispositivos sin costo provistos por hospitales en un Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios	10

• Actualización de los códigos de remesa y códigos de razón	10
• Pago por supervisión de plan de cuidado a Practicantes de Salud no Médicos (NPP)	
• Editajes de las reclamaciones duplicadas en el archivo de trabajo común por el componente técnico de radiología y servicios de patología provistos a pacientes de hospital	11
• Codificación correcta de los códigos de diagnóstico para las mamografías de cernimiento	
• Servicios no provistos dentro de los Estados Unidos	12

CUBIERTA

• Fotoféresis extracorporea	12
• Aclaración sobre la facturación de la criocirugía de próstata	
• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas	

CENTROS DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERIA

• Actualización 2007 del Sistema de Pagos Prospectivos para el pagador de las facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF)	13
• Actualización anual de los códigos para la facturación consolidada de las Facilidades de Enfermería Especializada	

REEMBOLSO

• Actualización para el 2007 de las tarifas, límites de pago, índice de salario y el pricer de hospicio	13
---	----

REVISION MEDICA

• Cambios al software de editaje para la determinación de cubierta nacional de laboratorios para abril 2007	14
• Reaperturas y revisiones de las determinaciones y decisiones de reclamaciones	
• Pruebas de ensayo aprobadas para uso de oxígeno en el hogar	
• Nuevos certificados de necesidad médica para DMEPOS y formas de información de DME para el procesamiento de reclamaciones	15

TEMAS GENERALES

• Pruebas para la infraestructura de comunicación	
• Consejo Nacional para el Programa de Prescripción de Medicamentos (NCPDP)	16

NOTI MEDICARE

NotiMedicare March 2007 Year 13 Num. 2

TABLE OF CONTENTS

BILLING

- Reporting of Taxonomy Codes to Identify Provider Subparts on Institutional Claims 3
- Inpatient Rehabilitation Facility (IRF) Annual Update: Prospective Payment System (PPS) Pricer Changes for FY 2007
- Fiscal Year (FY) 2007 Inpatient Prospective Payment System (IPPS), Long Term Care Hospital (LTCH), and Inpatient Psychiatric Facility (IPF) PPS Changes CR 5276
- Annual Update of HCPCS Codes Used for Home Health Consolidated Billing Enforcement
- Outpatient Therapy Cap Clarifications 4
- Implementation of an Ultrasound Screening for Abdominal Aortic Aneurysms (AAA)
- Uniform Billing (UB-04) Implementation
- Line Item Billing Requirement for End Stage Renal Disease (ESRD) Claims 5
- April 2007 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File
- April 2007 Outpatient Prospective Payment System (OPPS) Outpatient Code Editor (OCE) Specifications Version 8.1 6
- April Quarterly Update for 2007 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule
- 2007 Update to the End Stage Renal Disease Composite Payment Rates
- April 2007 Non-Outpatient Prospective Payment System (Non-OPPS) Outpatient Code Editor (OCE) Specifications Version 22.2 7
- Payment and Billing for Islet Isolation Add-On in National Institutes of Health (NIH) Clinical Trial
- Update of HCPCS Codes and Payments for Ambulatory Surgical Centers (ASCs)
- Ambulance Inflation Factor (AIF) for CY 2007 8
- Implementation of Changes in End Stage Renal Disease (ESRD) Payment for Calendar Year (CY) 2007
- Claims Submitted with only a National Provider Identifier (NPI) During the Stage 2 NPI Transition Period
- Modification of NPI Editing Requirements
- New Edits Established to Enforce Proper Transfer Coding and Payment in Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System (IRF PPS) Claims 9
- Ending the Contingency Plan for Remittance Advice and Charging for PC Print, Medicare Remit Easy Print, and Duplicate Remittance Advice
- Returning Paper Claims Received From Clearinghouses

- Reporting and Payment of No-Cost Devices Furnished by Outpatient Prospective Payment System (OPPS) Hospitals 10
- Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment Reason Code Update
- Non-Physician Practitioner (NPP) Payment for Care Plan Oversight
- Common Working File (CWF) Duplicate Claim Edit for the Technical Component (TC) of Radiology and Pathology Laboratory Services Provided to Hospital Patients 11
- Correct Reporting of Diagnosis Codes on Screening Mammography Claims
- Services Not Provided Within United States 12

COVERAGE

- Extracorporeal Photopheresis 12
- Clarification on Billing for Cryosurgery of the Prostate Gland
- Psychological and Neuropsychological Tests

SKILLED NURSING FACILITY

- Medicare Part A Skilled Nursing Facility (SNF) Prospective Payment System (PPS) Pricer Update FY 2007 13
- 2007 Annual Update of HCPCS Codes for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB)

REIMBURSEMENT

- Update to the Hospice Payment Rates, Hospice Cap, Hospice Wage Index and the Hospice Pricer for FY 2007 13

MEDICAL REVIEW

- Changes to the Laboratory National Coverage Determination (NCD) Edit Software for April 2007 14
- Reopenings and Revisions of Claim Determinations and Decisions
- Home Use of Oxygen in Approved Clinical Trials
- New DMEPOS Certificates of Medical Necessity (CMNs) and DME Information Forms (DIFS) for Claims Processing 15

GENERAL SUBJECTS

- Communications Infrastructure Testing
- National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) 16

Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

FACTURACION**INFORMACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE TAXONOMÍA PARA IDENTIFICAR LAS SUBPARTES EN RECLAMACIONES INSTITUCIONALES****CR5243**

Efectivo el 1 de enero de 2007, los proveedores institucionales que someten reclamaciones por su facilidad primaria y las sub-partes (tales como, unidades psiquiátricas, unidades de rehabilitación, etc.) deben informar un código taxonómico en todas las facturas sometidas. El código taxonómico asistirá a Medicare en el pareo del Identificador Nacional del Proveedor (NPI) con cada una de las sub-partes, en caso de que el proveedor elija no solicitar un NPI para cada una de las sub-partes individualmente.

ACTUALIZACIÓN ANUAL PARA LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN (IRF): CAMBIOS DEL PAGADOR EN EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (PPS) DE 2007**CR5273**

La Regla Final del IRF PPS para el 2007 publicada el 18 de agosto de 2006, contiene las tarifas del sistema de pagos prospectivos aplicables a los IRFs en el 2007. Un nuevo programa del pagador para el sistema de pagos prospectivos de los IRF fue publicado antes del 1 de octubre de 2006. Este programa contiene las tarifas actualizadas que son efectivas para reclamaciones con altas a partir del 1 de octubre de 2006 al 30 de septiembre de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5273.pdf>

CAMBIOS PARA EL 2007 AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS HOSPITALARIOS, FACILIDADES DE CUIDADO PROLONGADO Y FACILIDADES SIQUIÁTRICAS**CR5276**

Este artículo presenta los cambios al sistema de pagos prospectivos hospitalarios, para el 2007. Estos fueron publicados en el Federal Register el 18 de agosto de 2006 y anunciados en una notificación publicada en el website de CMS. También son mencionados los cambios al nuevo GROUPER y DRG que fueron efectivos el 1 de octubre de 2006, para hospitales que son pagados en un sistema de pagos de una facilidad de cuidado prolongado (LTCH) y cambios en los códigos de ICD-9 que afectan el ajuste de comorbilidad en un sistema de pagos de una facilidad siquiátrica (IPF PPS).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5276.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE SALUD EN EL HOGAR**CR5356**

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid actualizan periódicamente la lista de códigos sujetos a la provisión de facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar. Este artículo provee la actualización anual efectiva el 1 de enero de

BILLING**REPORTING OF TAXONOMY CODES TO IDENTIFY PROVIDER SUBPARTS ON INSTITUTIONAL CLAIMS****CR5243**

Effective January 1, 2007, institutional Medicare providers who submit claims for their primary facility and its subparts (such as psychiatric unit, rehabilitation unit, etc.) must report a taxonomy code on all claims submitted. The taxonomy code will assist Medicare in cross walking from the National Provider Identifier (NPI) of the provider to each of its subparts in the event that the provider chooses not to apply for a unique NPI for each of its subparts individually.

INPATIENT REHABILITATION FACILITY (IRF) ANNUAL UPDATE: PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER CHANGES FOR FY 2007**CR5273**

The FY 2007 IRF PPS Final Rule published on August 18, 2006, sets forth the prospective payment rates applicable for IRFs for FY 2007. A new IRF PRICER software package was released prior to October 1, 2006 which contains the updated rates that are effective for claims with discharges that fall within October 1, 2006 through September 30, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5273.pdf>

FISCAL YEAR (FY) 2007 INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS), LONG TERM CARE HOSPITAL (LTCH), AND INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY (IPF) PPS CHANGES**CR5276**

This article outlines FY 2007 IPPS changes for hospitals, which were published in the Federal Register on August 18, 2006 and announced in a notice that will be published on the CMS website. It also addresses new GROUPER and Diagnosis Related Group (DRG) changes that were effective October 1, 2006, for hospitals paid under the LTCH PPS and ICD-9-CM changes that affect the comorbidity adjustment under the IPF PPS.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5276.pdf>

ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR HOME HEALTH CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT**CR5356**

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Codes System (HCPCS) codes subject to the consolidated billing provision of the Home Health Prospective Payment System (HH PPS). This article

2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5356.pdf>

ACLARACIÓN SOBRE LAS EXENCIONES DE LAS TERAPIAS AMBULATORIAS

CR5271

La siguiente instrucción aclara y extiende las descripciones sobre el proceso de las excepciones de terapias ambulatorias, corrige los errores en la lista de condiciones y complejidades para las que se permiten excepciones y anuncia la cantidad límite de terapias para año 2007. Algunos de los cambios al sistema fueron efectivos e implantados desde el 1 de enero de 2007.

Las reclamaciones de servicios que sobrepasan el límite y, para los que una excepción no se conceda, serán denegadas y el beneficiario será responsable. Los proveedores no necesitan emitir un ABN por estas categorías de rechazo de beneficios.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5271.pdf>

IMPLANTACIÓN DEL CERNIMIENTO DE ULTRASONIDO PARA EL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL (AAA)

CR5235

Actualmente no existe cubierta de Medicare para el cernimiento de ultrasonido para el aneurisma aórtico abdominal. Efectivo el 1 de enero de 2007, el Déficit Reduction Act (DRA) del 2005 permite un cernimiento de ultrasonido para el aneurisma aórtico abdominal (AAA), sujeto a elegibilidad y otras limitaciones. Esta provisión también elimina el deducible anual de la Parte B para la prueba de cernimiento del AAA, código G0389.

El Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Publicación 100-04, Capítulo 18, ha sido actualizado para incluir los requisitos implantados en el DRA del 2005. Las nuevas secciones en estos capítulos consignan los pagos y espacios disponibles para el AAA.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5235.pdf>

IMPLEMENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN UNIFORME PARA LA UB 2004

CR5072

CMS está listo para recibir la nueva UB-04 desde el 1 de marzo de 2007. Los proveedores institucionales pueden utilizar la UB-04 comenzando desde el 1 de marzo de 2007; sin embargo, tendrán un período de transición entre el 1 de marzo de 2007 y el 22 de mayo de 2007 donde pueden utilizar el UB-04 o la UB-92. Comenzando el 23 de mayo de 2007 todas las instituciones que facturan en papel deben utilizar la UB-04. La UB-92 ya no será aceptada después de esta fecha. La UB-04 incorpora el Identificador Nacional del Proveedor (NPI), los códigos taxonómicos y códigos adicionales. Muchas localidades de la UB-92 han cambiado en la UB-04 aunque la mayoría de las descripciones para el uso de datos y valor de los datos aceptables

provides the annual Home Health consolidated billing update effective January 1, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5356.pdf>

OUTPATIENT THERAPY CAP CLARIFICATIONS

CR5271

The following instruction clarifies and expands descriptions of the process for therapy cap exceptions, corrects errors on the list of conditions and complexities for which exceptions are allowed and announces the therapy cap amount for calendar year 2007. Some of the system changes were effective and implemented since January 1, 2007. Claims for services above the cap for which an exception is not granted will be denied as a benefit category denial, and the beneficiary will be liable. Providers do not need to issue an ABN for these benefit category denials.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5271.pdf>

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

CR5235

Currently there is no Medicare coverage for ultrasound screening for abdominal aortic aneurysms. Effective January 1, 2007, the Deficit Reduction Act (DRA) of 2005 allows for one ultrasound screening for Abdominal Aortic Aneurysms (AAA), subject to certain eligibility and other limitations. This provision also waives the annual Part B deductible for the AAA screening test, HCPCS Code G0389. The Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 18, has been updated to include the requirements implemented in the DRA of 2005. New sections in these chapters address the payment and allowable settings for AAA.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5235.pdf>

UNIFORM BILLING (UB-04) IMPLEMENTATION

CR5072

The CMS is ready to receive the new UB-04 since March 1, 2007. Institutional providers can use the UB-04 beginning March 1, 2007; however, they will have a transitional period between March 1, 2007 and May 22, 2007 where they can use the UB-04 or the UB-92. Starting May 23, 2007 all institutional paper claims must use the UB-04. The UB-92 will no longer be accepted after this date. The UB-04 incorporates the National Provider Identifier (NPI), taxonomy, and additional codes (note the attached crosswalk file). Many UB-92 data locations have changed on the UB-04 although most of the data usage descriptions and allowable data values have not changed. Bill type processing will change. Starting May 23, 2007, all UB-04s must include

no ha cambiado. El procesamiento para el tipo de factura cambiará. Comenzando el 23 de mayo de 2007, todas las UB-04 deben incluir un NPI válido.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5072.pdf>

REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LAS RECLAMACIONES DE LAS FACILIDADES RENALES POR CADA LÍNEA DE CARGOS

CR5039

Esta instrucción aplica a las revisiones manuales de las reclamaciones ESRD que requieren el detalle de cada línea de cargos con fechas de servicio después del 1 de abril de 2007.

La facturación por línea de cargo es requerida para todas las reclamaciones ESRD con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2007. Las facilidades renales deberán informar la fecha de servicio por cada línea de cargo conforme a la fecha en que el servicio fue provisto al beneficiario. A las facilidades renales se les requiere facturar todos los servicios con la fecha de servicio por cada línea de cargo excepto los suministros y el EPO. Cualquier cambio en la facturación para EPO será emitida en una instrucción separada. Cada sesión de diálisis realizada debe ser informada en una línea separada. Las unidades facturadas por línea para cada fecha en que la diálisis fue realizada no deben exceder uno.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5039.pdf>

LISTA DE MEDICAMENTOS PARTE B CON PRECIO PROMEDIO DE VENTA (ACTUALIZACIÓN ABRIL 2007)

CR5517

La sección 303(c) del Acta de Modernización de Medicare (MMA) del 2003 revisa la metodología de pago para medicamentos cubiertos en la Parte B que no son pagados en base a costo o en un sistema de pagos prospectivos. Comenzando desde el 1 de enero de 2005, las drogas y biológicos que no son pagados en base a costo o en un sistema de pagos prospectivos son pagados según la metodología del precio de venta promedio.

En adición, desde el 2006, todos los medicamentos para pacientes renales provistos por facilidades independientes y con base hospital, así como también medicamentos específicos que son cubiertos de forma ambulatoria y las drogas y biológicos con status provisional en el sistema de pagos prospectivos, son pagados en base a la metodología del precio de venta promedio. La metodología del precio de venta promedio está basada en unos datos trimestrales sometidos a CMS por los fabricantes. CMS supe a los contratistas los archivos de precios de venta promedio para los medicamentos cubiertos en la Parte B en una base trimestral.

Para el 2007, una tarifa separada de \$0.152 por I.U. del factor de coagulación de sangre es pagadera cuando el pago separado para el factor de coagulación de sangre es realizado. La tarifa provista será incluida en la cantidad de pago de los precios de archivo trimestral del ASP.

a valid NPI.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5072.pdf>

LINE ITEM BILLING REQUIREMENT FOR END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) CLAIMS

CR5039

This instruction includes manual revisions for ESRD claims required to be billed with line item date of service detail for claims with dates of service on or after April 1, 2007.

Line item billing is required for all ESRD claims with dates of service on or after April 1, 2007. The RDFs shall report the appropriate line item date of service to conform with the date the service was provided to the beneficiary. RDFs are required to bill all services with line item date of service detail except supplies and epoetin alfa (EPO). Any changes in the billing for EPO will be issued under a separate instruction. Each dialysis session performed should be reported on a separate line. The units reported on the line for each date dialysis was performed should not exceed one.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5039.pdf>

APRIL 2007 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE

CR5517

Section 303(c) of the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA) revised the payment methodology for Part B covered drugs that are not paid on a cost or prospective payment basis. Per the MMA, since January 1, 2005, the vast majority of drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis are paid based on the average sales price (ASP) methodology. Pricing for compounded drugs is performed by the local contractor.

Additionally, since 2006, all ESRD 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 OPSS, are be paid based on the ASP methodology. The ASP methodology is based on quarterly data submitted to CMS by manufacturers. CMS supplies contractors with the ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs on a quarterly basis.

For 2007, a separate fee of \$0.152 per I.U. of blood clotting factor furnished is payable when 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.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5517.pdf>

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5517.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) VERSIÓN 8.0 PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS) DE ABRIL 2007

CR5522

Esta notificación provee las instrucciones y especificaciones revisadas del OPPS OCE que serán utilizadas bajo el OPPS. Estas aplican para los departamentos ambulatorios del hospital, centros comunitarios de salud mental (CMHCs) y para servicios limitados cuando son provistos en una agencia de salud en el hogar (HHA) que no está en un Sistema de Pagos Prospectivos de Salud en el Hogar o a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no-terminal.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5522.pdf>

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE ABRIL 2007 PARA LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS

CR5537

Esta instrucción provee los detalles relacionados con la actualización trimestral de abril 2007 para las tarifas de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suplidos (en inglés, DMEPOS). Las tarifas de DMEPOS son actualizadas trimestralmente a fin de implantar las tarifas para códigos nuevos y revisar cualquier cantidad para las tarifas de códigos existentes que fueron calculados en error. El proceso de actualización trimestral para los DMEPOS está localizado en el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, Publicación 100-04, Capítulo 23, Sección 60.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5537.pdf>

ACTUALIZACIÓN 2007 A LAS TARIFAS COMPUESTAS DE PAGO POR LA ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL

CR5535

Los siguientes cambios serán aplicados al pago compuesto ("Composite Rate") para todas las facilidades ESRD certificadas por Medicare:

- Para servicios provistos después del 1 de enero de 2006, y antes del 1 de abril de 2007, el componente actual de pagos compuestos permanece sin cambios.
- Los pagos compuestos ("Composite Rate") serán ajustados para incluir un aumento de 1.6 por ciento y el factor añadido de droga cambió a 14.9 por ciento para servicios provistos del 1 de abril de 2007 en adelante.

APRIL 2007 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) SPECIFICATIONS VERSION 8.1

CR 5522

This notification provides the revised OPPS OCE instructions and specifications that will be utilized under the OPPS for hospital outpatient departments, community mental health centers (CMHCs) and for limited services when provided in a home health agency (HHA) not under the Home Health Prospective Payment System or to a hospice patient for the treatment of a non-terminal illness.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5522.pdf>

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

CR 5537

This notification provides specific instructions regarding the April quarterly update for the 2007 DMEPOS fee schedule. 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, Pub. 100-04, Chapter 23, Section 60.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5537.pdf>

2007 UPDATE TO THE END STAGE RENAL DISEASE COMPOSITE PAYMENT RATES

CR5535

Upon implementation of this instruction, the following changes will be applied to the composite rate payment for all Medicare certified ESRD facilities:

- For services performed on or after January 1, 2006, and before April 1, 2007, the current composite payment component remains unchanged.
- Base composite rates will be adjusted to include an increase of 1.6 percent and the drug add-on factor is changed to 14.9 percent for services furnished on or after April 1, 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5535.pdf>

ESPECIFICACIONES DE LA VERSIÓN OCE 22.2 DE ABRIL 2007 PARA HOSPITALES QUE NO ESTÁN EN EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIO (OPPS)

CR5523

El OCE ha sido actualizado con nuevos cambios en códigos (HCPCS/CPT). Este OCE es utilizado para procesar facturas que no se reembolsan en el sistema de pagos de OPPS.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5523.pdf>

PAGO ADICIONAL POR LA FACTURACIÓN DEL AISLAMIENTO DE ISLOTES EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS AUSPICIADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (NIH)

CR5505

Desde el 1 de octubre de 2004, para servicios realizados/altas, Medicare cubrirá el trasplante de la célula de islotes para pacientes con Diabetes Tipo I que participan de una prueba clínica auspiciada por el NIH. El trasplante de la célula de islotes puede ser realizado solo o en combinación con un trasplante del riñón. Como parte de esta prueba, Medicare también pagará adicional \$18,848.00 por los servicios de aislamiento de islotes. Este pago será en adición a la cantidad final del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS) por la estadía en el hospital.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5505.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS Y PAGOS PARA LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC)

CR 5211

La siguiente instrucción actualiza para el 2007 los códigos y tarifas de los Centros de Cirugía Ambulatoria efectivo el 1 de enero de 2007, y provee a los contratistas las instrucciones para acceder a los archivos relacionados con estas actualizaciones.

La actualización de los cambios de códigos refleja la actualización bianual y las reducciones del DRA (Deficit Reduction Act) publicadas como parte de la regla final de OPPS 2006 en el Federal Register. La regla fiscal será publicada en el Website de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/center/asc.asp>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5535.pdf>

APRIL 2007 NON-OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (NON-OPPS) OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) SPECIFICATIONS VERSION 22.2

CR5523

The Non-OPPS OCE has been updated with new additions, changes, and deletions to Healthcare Common Procedure Coding System/Current Procedural Terminology (HCPCS/CPT) codes. This OCE is used to process bills from hospitals not paid under the OPPS.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5523.pdf>

PAYMENT AND BILLING FOR ISLET ISOLATION ADD-ON IN NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) CLINICAL TRIAL

CR5505

For services performed/discharges on or after October 1, 2004, Medicare covers islet cell transplantation for patients with Type I diabetes who are participating in an NIH sponsored clinical trial. The islet cell transplant may be done alone or in combination with a kidney transplant. As part of this trial, Medicare will also pay an add-on of \$18,848.00 for islet isolation services. This payment will be in addition to the final inpatient prospective payment system (IPPS) amount for this hospital stay.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5505.pdf>

UPDATE OF HCPCS CODES AND PAYMENTS FOR AMBULATORY SURGICAL CENTERS (ASCS)

CR 5211

The following instruction updates the 2007 HCPCS codes and payment rates to ASCs effective January 1, 2007, and provides contractor download instructions to access the files related to these updates.

The code change update reflecting the biannual update and the DRA (Deficit Reduction Act) reductions will be published as part of the 2006 OPPS final rule in the "Federal Register". This rule, when published, will be available on the CMS Web site at: <http://www.cms.hhs.gov/center/asc.asp>

FACTOR DE INFLACIÓN PARA AMBULANCIAS (AIF) PARA EL AÑO 2007

CR5358

El Factor de Inflación para Ambulancias (AIF) actualiza anualmente los pagos y es igual al aumento porcentual en el índice de precios al consumidor para consumidores urbanos (CPI-U) por un período de 12 meses que termina en junio del año anterior. El AIF para el año calendario (C4) 2007 es 4.3%.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5358.pdf>

IMPLANTACIÓN DE CAMBIOS EN LOS PAGOS A LAS FACILIDADES RENALES PARA EL AÑO 2007

CR5407

Los siguientes cambios serán aplicados a todas las facilidades ESRD certificadas por Medicare para el año 2007. Hay tres cambios significativos en el pago a las facilidades ESRD. Estos son:

1. Actualización de 0.5% al ajuste de pago de drogas para la tarifa compuesta del 2007. Como resultado, el ajuste de pago de drogas para la tarifa compuesta del 2007 aumentará de 14.5% a 15.1%
2. Para el 2007, continuará el pago a base del ASP + 6% para drogas facturadas por separado administradas en una facilidad renal.
3. Actualización de los datos de salario y continuación del segundo año para la transición del índice salarial, a base de la combinación 50/50 de la tarifa compuesta ajustada por salario.

Un artículo de educación relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5407.pdf>

RECLAMACIONES SOMETIDAS SOLAMENTE CON EL IDENTIFICADOR NACIONAL ÚNICO (NPI) DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PERÍODO DE TRANSICIÓN DEL NPI

CR5378

El siguiente artículo provee las instrucciones para educar a los proveedores con respecto al identificador nacional único (en inglés, NPI) utilizado durante la 2da etapa del periodo de transición del NPI.

Durante el comienzo de la etapa 2 del período de transición del NPI, el 1 de octubre de 2006 y hasta nuevo aviso, Medicare recomienda que los proveedores incluyan en las reclamaciones sometidas ambos números, el NPI y el número de proveedor.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/mlnmattersarticles/downloads/mm5378.pdf>

AMBULANCE INFLATION FACTOR (AIF) FOR CY 2007

CR5358

The Ambulance Inflation Factor (AIF) updates payments annually and is equal to the percentage increase in the consumer price index for all urban consumers (CPI-U) for the 12-month period ending on June of the previous year. The AIF for calendar year (CY) 2007 is 4.3%.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5358.pdf>

IMPLEMENTATION OF CHANGES IN END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) PAYMENT FOR CALENDAR YEAR (CY) 2007

CR5407

The following changes will be applied to all Medicare certified ESRD facilities for Calendar Year 2007:

1. Update the drug add-on adjustment to the composite rate for 2007 of 0.5 percent. As a result, the drug add-on adjustment to the composite payment rate for 2007 will increase from 14.5 percent to 15.1 percent.
2. For 2007, continue to pay for separately billable drugs furnished by ESRD facilities at ASP +6 percent.
3. Update the wage data and continue with the second year of the wage index transition, using a 50/50 blended wage adjusted composite rate.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5407.pdf>

CLAIMS SUBMITTED WITH ONLY A NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) DURING THE STAGE 2 NPI TRANSITION PERIOD

CR5378

The following article supplies instructions to the contractors to educate providers regarding submission of provider identifiers during the Stage 2 NPI transition period.

From the beginning of the Stage 2 NPI transition period on October 1, 2006 and until further notice, Medicare is recommending that providers send in both NPIs and legacy provider numbers.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/mlnmattersarticles/downloads/mm5378.pdf>

MODIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE EDITAJES DEL NPI**CR5229**

Las instrucciones en el CR 4023, Transmittal 190, contienen muchos editajes para los NPIs y números de proveedor cuando son informados en reclamaciones u otras transacciones electrónicas efectivo desde el 1 de octubre de 2006 en adelante. Algunos de estos requisitos fueron escritos basados en una suposición incorrecta de que cualquier proveedor, que provea información en una reclamación, incluyendo referidos/órdenes y de otros proveedores secundarios, estaría certificado por Medicare y, por consiguiente, en el intercambio de números de proveedores de Medicare, y este no siempre es el caso. Esta instrucción corrige los requisitos que fueron afectados en el CR 4023 y también en el anejo 1 del CR 4320, Transmittal 204, el cual menciona las localidades de las transacciones X12 relacionadas a información del proveedor.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5229.pdf>

NUEVOS EDITAJES PARA PROMOVER LA CODIFICACIÓN Y PAGO DE RECLAMACIONES APROPIADA PARA LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN EN UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS**CR5354**

Dos informes publicados este año por la Oficina del Inspector General (OIG) describen los pagos en exceso realizados por el Programa Medicare. Esto debido a una codificación inapropiada en las reclamaciones de las Facilidades de Rehabilitación (reclamaciones codificadas como altas que realmente fueron transferencias). La OIG recomendó que CMS implante unos editajes dentro del Archivo de Trabajo Común (CWF) que paree las fechas de alta del beneficiario con las fechas de admisión a otro proveedor para identificar las reclamaciones que fueron mal codificadas. Las reclamaciones identificadas como transferencia serán canceladas y el proveedor deberá facturarlas nuevamente con la información correcta.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5354.pdf>

TERMINA PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA REMESA DE PAGO Y COBRO POR EL PC PRINT, MEDICARE REMIT EASY PRINT Y DUPLICADOS DE REMESAS**CR5308**

La siguiente instrucción actualiza la publicación 100-04 para finalizar el plan de contingencia para la Remesa Electrónica (ERA) e instruye a los contratistas a cobrar por el PC Print, por el Medicare Remit Easy Print (MREP) y por duplicados de Remesas (RA).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5308.pdf>

MODIFICATION OF NPI EDITING REQUIREMENTS**CR5229**

The instructions in the CR 4023, Transmittal 190, contained many edits for NPIs and provider legacy identifiers when reported on claims or other EDI transactions effective October 1, 2006 and later. Some of those business requirements were written based on an incorrect assumption that any provider for which information was furnished on a claim, including referring/ordering and other secondary providers, would be enrolled in Medicare and therefore in the Medicare Provider Identifier Crosswalk, which is not always the case. This instruction corrects affected CR 4023 business requirements, and also attachment 1 of CR 4320, Transmittal 204, which listed provider information locations in X12 transactions.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5229.pdf>

NEW EDITS ESTABLISHED TO ENFORCE PROPER TRANSFER CODING AND PAYMENT IN INPATIENT REHABILITATION FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IRF PPS) CLAIMS**CR5354**

Two recent Office of Inspector General (OIG) reports were published this year describing overpayments made by the Medicare program because of improperly coded IRF PPS claims (claims coded as discharges that were found to be transfers). The OIG recommended that CMS implement edits within the Common Working File (CWF) that “match beneficiary discharge dates with admission dates to other providers to identify potentially miscoded claims”. Claims identified as transfers will be canceled back to the provider for correction and thus ensure proper payment.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5354.pdf>

ENDING THE CONTINGENCY PLAN FOR REMITTANCE ADVICE AND CHARGING FOR PC PRINT, MEDICARE REMIT EASY PRINT, AND DUPLICATE REMITTANCE ADVICE**CR5308**

The following instruction updates the publication 100-04 for ending the contingency plan for Electronic Remittance Advice (ERA), and instructs contractors about charging for PC Print, Medicare Remit Easy Print (MREP), and duplicate Remittance Advice (RA).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5308.pdf>

DEVOLUCIÓN DE FACTURAS EN PAPEL RECIBIDAS DE LOS CLEARINGHOUSES**CR5341**

Los proveedores a menudo contratan “Clearinghouses” para cumplir con las reglamentaciones de someter facturas que podrían de otro modo requerir actualizaciones o reemplazos del sistema. Cuando existe tal arreglo, a las reclamaciones enviadas a Medicare a nombre de un proveedor por un clearinghouse se les exige que sean sometidas electrónicamente. Sin embargo, existe evidencia de que algunos clearinghouses están sometiendo las reclamaciones rutinariamente en papel sin el conocimiento del proveedor.

Cuando los contratistas identifiquen reclamaciones en papel que han sido sometidas por el clearinghouse del proveedor, los contratistas devolverán las reclamaciones al clearinghouse.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5341.pdf>

CODIFICACIÓN Y PAGO DE DISPOSITIVOS SIN COSTO PROVISTOS POR HOSPITALES EN UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS**CR5263**

Los proveedores deben indicar el modificador -FB cuando informen el reemplazo de un dispositivo implantado con un dispositivo para el cual no hubo costo incurrido o cuando reemplazaron el dispositivo implantado con un dispositivo para el cual ellos recibieron un crédito por la cantidad del dispositivo reemplazado. El pago por el procedimiento del reemplazo es reducido para compensar la cantidad aplicable al grupo de APC para el año en el cual el servicio fue provisto.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5263.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE REMESA Y CÓDIGOS DE RAZÓN**CR5212**

Esta instrucción menciona todos los cambios en los Códigos de Remesa y las listas de Ajustes de los Códigos de Razón incluidos respectivamente en las actualizaciones de abril y febrero 2006. Para la transacción 835 (Health Care Claim Payment/Advice) y la remesa estándar de papel, hay dos conjuntos de códigos -Claim Adjustment Reason Code (CARC) y Remittance Advice Remark Code (RARC)- éstos deben utilizarse para informar los ajustes de pago, apelaciones e información relacionada. Además, para la transacción 837 COB, debe ser utilizado el CARC. Estos conjuntos de códigos son actualizados en una base regular.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5212.pdf>

RETURNING PAPER CLAIMS RECEIVED FROM CLEARINGHOUSES**CR5341**

Providers often contract with clearinghouses to comply with claims submission mandates that could otherwise require system upgrades or replacement. When there is such an arrangement, claims sent to Medicare on behalf of a provider by a clearinghouse are required to be submitted electronically. However, there is evidence that some clearinghouses are routinely submitting claims on paper without the provider’s knowledge.

When contractors identify paper claims that have been submitted by the provider’s clearinghouse, the contractors shall return the claims back to the clearinghouse.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5341.pdf>

REPORTING AND PAYMENT OF NO-COST DEVICES FURNISHED BY OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) HOSPITALS**CR5263**

Providers shall report modifier -FB when they report replacement of an implanted device with a device for which they incurred no cost or when they are replacing an implanted device with a device for which they received a credit in the amount of the cost of the replaced device. Payment for replacement procedure is reduced by the offset amount applicable to the ambulatory payment classification (APC) group for the year in which the service was furnished.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5263.pdf>

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE**CR5212**

The following instruction lists all changes in the Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment Reason Code lists included in the April 2006 and February 2006 updates respectively.

For transaction 835 (Health Care Claim Payment/Advice) and standard paper remittance advice, there are two code sets – Claim Adjustment Reason Code (CARC) and Remittance Advice Remark Code (RARC) – that must be used to report payment adjustments, appeal rights, and related information. Additionally, for transaction 837 COB, CARC must be used. These code sets are updated on a regular basis.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5212.pdf>

PAGO POR SUPERVISIÓN DE PLAN DE CUIDADO A PRACTICANTES DE SALUD NO MÉDICOS (NPP)

CR4374

Para servicios provistos después del 1 de enero de 2005, se permite a los Practicantes de Salud No-Médicos (NPP, por sus siglas en inglés) facturar por la supervisión de un plan de cuidado (CPO, por sus siglas en inglés) de servicios de Salud en el Hogar aún cuando ellos no puedan certificar a un paciente ni firmar el plan de cuidado. Para beneficiarios que han elegido el beneficio de hospicio, médicos y enfermeras, quienes han sido identificados por un beneficiario, para ser su médico, pueden someter reclamaciones de CPO. Para médicos o enfermeras quienes son empleados por una agencia de hospicio, el CPO no es pagado por separado.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4374.pdf>

EDITAJES DE LAS RECLAMACIONES DUPLICADAS EN EL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN POR EL COMPONENTE TÉCNICO DE RADIOLOGÍA Y SERVICIOS DE PATOLOGÍA PROVISTOS A PACIENTES DE HOSPITAL

CR5347

Las actualizaciones han sido incorporadas al Capítulo 13 para indicar los editajes que el CWF ha implantados para prevenir el pago de un Carrier por el componente técnico de un servicio de radiología provisto durante una estadía de paciente hospitalizado. Las actualizaciones han sido incorporadas en el Capítulo 16 para anunciar los editajes implantados para prevenir el pago de un Carrier por el componente técnico de un servicio de patología ofrecido durante la estadía de un paciente hospitalizado o para la misma fecha de servicio como un servicio ambulatorio.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5347.pdf>

CODIFICACIÓN CORRECTA DE LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO PARA LAS MAMOGRAFÍAS DE CERNIMIENTO

CR5050

La siguiente instrucción provee información específica con respecto a la codificación de códigos de diagnóstico en reclamaciones de mamografía de cernimiento. Éstas son las instrucciones:

- Continúe informando los códigos de diagnósticos V76.11 o V76.12 como códigos primarios o principales, en reclamaciones que contienen únicamente los servicios de mamografía de cernimiento.
- Informe los códigos de diagnósticos V76.11 o V76.12 como uno secundario u otro diagnóstico, en reclamaciones que contienen otros servicios en adición a la mamografía de cernimiento.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5050.pdf>

NON-PHYSICIAN PRACTITIONER (NPP) PAYMENT FOR CARE PLAN OVERSIGHT

CR4374

For services furnished on or after January 1, 2005, NPPs are allowed to bill for physician home health care plan oversight even though they cannot certify a patient for home health services and sign the plan of care. For beneficiaries who have elected the hospice benefit, physicians or nurse practitioners (NPs), who have been identified by a beneficiary, to be his or her attending physician, may submit claims for CPO. For physicians or NPs who are employed by a hospice agency, CPO is not separately payable.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4374.pdf>

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

CR5347

Updates are being incorporated in Chapter 13 to indicate CWF editing that is being put in place to prevent payment by a carrier for the TC of a radiology service provided during an inpatient stay. Updates are being incorporated in Chapter 16 to announce editing that is being put in place to prevent payment by a carrier for a TC of a pathology service rendered during an inpatient stay or for the same date of service as an outpatient service.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5347.pdf>

CORRECT REPORTING OF DIAGNOSIS CODES ON SCREENING MAMMOGRAPHY CLAIMS

CR5050

The following instruction provides specific information regarding the reporting of diagnosis codes on screening mammography claims. The following are the instructions:

- Continue reporting diagnosis codes V76.11 or V76.12 as the primary or principal diagnosis code (FL 67 of the CMS-1450 or in Loop 2300 of the ANSI-X12 837) on claims that contain ONLY SCREENING mammography services.
- Report diagnosis codes V76.11 or V76.12 as a secondary or other diagnosis (FLs 68-75 of the CMS-1450 or Loop 2300 of the ANSI-X12 837 and field 21 of CMS-1500 or Loop 2300 of the ANSI-X12 837) on claims that contain OTHER services in addition to a screening mammography.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5050.pdf>

SERVICIOS NO PROVISTOS DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS**CR5427**

La ley de Medicare prohíbe el pago por equipos y servicios provistos fuera de los Estados Unidos, excepto para ciertos servicios limitados (ver sección 1814(f) en el Acta). Esta instrucción resume aquellos equipos y servicios limitados que son reembolsables por Medicare fuera de los Estados Unidos según la sección 1862(a)(4) del Acta del Seguro Social.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/>

CUBIERTA**FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA****CR5464**

La siguiente instrucción provee las guías de facturación para la expansión de la cubierta de fotoféresis extracorpórea para fechas de servicio después del 19 de diciembre de 2006.

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid han revisado la evidencia y han ampliado la cubierta de fotoféresis extracorpórea para incluir a pacientes con rechazo agudo de trasplante cardíaco homólogo cuya enfermedad es resistente al tratamiento estándar de drogas inmunosupresoras, y a pacientes con enfermedad crónica de injerto-versus-huésped cuya condición es resistente al tratamiento estándar de drogas inmunosupresoras.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5464.pdf>

ACLARACIÓN SOBRE LA FACTURACIÓN DE LA CRIOCIRUGÍA DE PRÓSTATA**CR5376**

Las secciones del Manual para el Procesamiento de Facturas relacionado con la criocirugía de próstata han sido revisadas, expandiendo los revenue codes permisibles para la facturación de estos servicios. En adición traslada la sección de la criocirugía de próstata, del Capítulo 18, Servicios Preventivos y de Cernimiento (Publicación 100-04) al Capítulo 32, Requisitos de Facturación para Servicios Especiales, en el mismo manual.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5376.pdf>

PRUEBAS SICOLÓGICAS Y NEUROSICOLÓGICAS**CR5204**

Los códigos para las pruebas psicológicas y neuropsicológicas han sido revisados para incluir pruebas realizadas por técnicos y computadoras en adición a las pruebas realizadas por médicos, psicólogos clínicos, psicólogos practicantes independientes y otros profesionales cualificados que no son médicos. Efectivo el 1 de enero de 2006, las pruebas psicológicas diagnósticas y neuropsicológicas bajo los códigos

SERVICES NOT PROVIDED WITHIN UNITED STATES**CR5427**

Medicare law prohibits payment for items and services furnished outside the United States except for certain limited services (see Section 1814(f) of the Act). This instruction outlines those limited items and services that are reimbursable by Medicare outside the United States according to Section 1862(a)(4) of the Social Security Act.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/>

COVERAGE**EXTRACORPÓREAL PHOTOPHERESIS****CR5464**

The following instruction provides billing guidance for expanded coverage of extracorporeal photopheresis for dates of service on or after December 19, 2006.

Extracorporeal photopheresis is now covered for patients with acute cardiac allograft rejection or chronic graft versus host disease whose disease is refractory to standard immunosuppressive drug treatment. The CMS has reviewed the evidence and expanded coverage to include patients with acute cardiac allograft rejection whose disease is refractory to standard immunosuppressive drug treatment, and patients with chronic graft versus host disease whose disease is refractory to standard immunosuppressive drug treatment.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5464.pdf>

CLARIFICATION ON BILLING FOR CRYOSURGERY OF THE PROSTATE GLAND**CR5376**

The sections of the Medicare Claims Processing Manual related to cryosurgery of the prostate have been revised, expanding revenue codes permissible for billing for this service. In addition it relocates the section on cryosurgery of the prostate from Chapter 18, Screening and Preventive Services, in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04) to Chapter 32, Billing Requirements for Special Services, in the same manual.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5376.pdf>

PSYCHOLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL TESTS**CR5204**

CPT codes for psychological and neuropsychological tests have been revised to include tests performed by technicians and computers in addition to tests performed by physicians, clinical psychologists, independently practicing psychologists and other qualified nonphysician practitioners. Effective January 1, 2006, diagnostic psychological and neuropsychological tests under the CPT code range 96101-96120

96101-96120 son indicados como códigos activos que son pagados bajo el Physician Fee Schedule.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5204.pdf>

CENTROS DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERIA

ACTUALIZACIÓN 2007 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA EL PAGADOR DE LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERÍA (SNF)

CR5209

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) publicaron (en el Federal Register del 5 de agosto de 2005) las tarifas de pago para el 2006 de las facilidades de cuidado diestro de enfermería para altas desde el 1 de octubre de 2005 al 30 de septiembre de 2006. CMS publicó un Aviso de Corrección para las tarifas de pago de las facilidades de cuidado diestro de enfermería para el año fiscal 2006 (comienza el 1 de octubre de 2005 al 30 de septiembre de 2006). La metodología actualizada es idéntica a la utilizada el año anterior e incluirá el reembolso de MMA para los beneficiarios con SIDA. Las tarifas para los SNF PPS fueron efectivas el 1 de octubre de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5209.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LAS FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

CR5283

Los cambios a las designaciones de códigos y tarifas serán utilizados para revisar que los editajes del Archivo de Trabajo Común permitan a los Intermediarios realizar pagos apropiados de acuerdo con las políticas para las Facilidades de Enfermería Especializada con Facturación Consolidada encontradas en las instrucciones para los Intermediarios en el capítulo 6, sección 20.6.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5283.pdf>

REEMBOLSO

ACTUALIZACIÓN PARA EL 2007 DE LAS TARIFAS, LÍMITES DE PAGO, ÍNDICE DE SALARIO Y EL PRICER DE HOSPICIO

CR5254

Esta instrucción provee la actualización anual para los cálculos de pago de hospicio para el 2007. Además, describe las instrucciones de facturación de hospicio relacionados con los índices de salarios y revisa que el programa para el pagador de hospicio refleje la actualización anual.

are indicated as active codes that are paid under the Physician Fee Schedule.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5204.pdf>

SKILLED NURSING FACILITY

MEDICARE PART A SKILLED NURSING FACILITY (SNF) PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER UPDATE FY 2007

CR5209

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) published the SNF payment rates for FY 2006 (that is, beginning October 1, 2005 through September 30, 2006), in the Federal Register on August 5, 2005. CMS published a Correction Notice to the SNF payment rates for FY 2006 on September 30, 2005. The update methodology is identical to that used in the previous year and will include the MMA reimbursement for beneficiaries with AIDS.

The SNF PPS rates were effective on October 1, 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5209.pdf>

2007 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)

CR5283

Changes to Healthcare Common Procedure Coding System codes and Medicare Physician Fee Schedule designations will be used to revise CWF edits to allow carriers and FIs to make appropriate payments in accordance with policy for SNF consolidated billing in Chapter 6, Section 110.4.1 for Carriers and Chapter 6, Section 20.6 for FIs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5283.pdf>

REIMBURSEMENT

UPDATE TO THE HOSPICE PAYMENT RATES, HOSPICE CAP, HOSPICE WAGE INDEX AND THE HOSPICE PRICER FOR FY 2007

CR5254

This instruction provides the annual update to the hospice payment calculations for FY 2007. Also it describes billing instructions for hospices regarding reporting wage index information and revises the hospice Pricer software to reflect the annual update.

A provider education article related to this instruction is available at:

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5254.pdf>

REVISION MEDICA

CAMBIOS AL PROGRAMA DE EDITAJE PARA LA DETERMINACIÓN NACIONAL DE CUBIERTA DE LABORATORIOS PARA ABRIL 2007

CR5514

Este comunicado anuncia los cambios que serán incluidos en la actualización de abril 2007 para el módulo de editaje de las NCD's para laboratorios clínicos diagnóstico. Estos cambios son efectivos para servicios provistos del 1 de abril de 2007 en adelante.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5514.pdf>

REAPERTURAS Y REVISIONES DE LAS DETERMINACIONES Y DECISIONES DE RECLAMACIONES

CR4147

La sección 937 del Acta de Modernización de Medicare del 2003 requiere al Departamento de Salud Federal establecer un proceso para la corrección de errores y omisiones mínimas que no necesitan el uso formal de un proceso de apelaciones.

El propósito de esta instrucción es identificar las medidas específicas que los contratistas tomarán en cuenta para asegurar que un error clerical (que incluye errores mínimos y omisiones) se procese como una reapertura en lugar de una apelación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4147.pdf>

PRUEBAS DE ENSAYO APROBADAS PARA USO DE OXIGENO EN EL HOGAR

CR4389

El 20 de marzo de 2006, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron una Determinación de Cubierta Nacional (NCD) para cubrir el uso de oxígeno en el hogar a beneficiarios de Medicare (Los beneficiarios deben estar registrados en ensayos clínicos aprobados por CMS), con una presión arterial con oxígeno parcial de 56 a 65 mmHg, o cuya saturación de oxígeno está en o sobre 89%. Las pruebas son auspiciadas por el Instituto Nacional del Corazón, Sangre & Pulmón.

Esta instrucción no cambia la cubierta para el uso de oxígeno en el hogar provisto fuera de las pruebas de ensayo que actualmente están incluidas en el Manual de NCD, Capítulo 1, Parte 4, Sección 240.2, Uso de Oxígeno en el Hogar.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4389.pdf>

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5254.pdf>

MEDICAL REVIEW

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

CR5514

This transmittal announces the changes that will be included in the April, 2007 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory NCDs. These changes are effective for services furnished on or after April 1, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5514.pdf>

REOPENINGS AND REVISIONS OF CLAIM DETERMINATIONS AND DECISIONS

CR4147

Section 937 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) requires the Secretary to establish a process for the correction of minor errors and omissions that do not necessitate the use of the formal appeals process.

The purpose of this instruction is to identify the specific actions that contractors shall take in order to ensure that a clerical error (which includes minor errors and omissions) is processed as a reopening rather than an appeal.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4147.pdf>

HOME USE OF OXYGEN IN APPROVED CLINICAL TRIALS

CR4389

On March 20, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced a National Coverage Determination (NCD) covering the home use of oxygen for Medicare beneficiaries who are enrolled in a CMS approved clinical trial sponsored by the National Heart, Lung & Blood Institute (NHLBI), with arterial oxygen partial pressure measurements from 56 to 65 mmHg, or whose oxygen saturation is at or above 89%.

Please note that this decision does not change coverage for the home use of oxygen provided outside the clinical trials currently identified in the NCD Manual, Chapter 1, Part 4, Section 240.2, Home Use of Oxygen.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4389.pdf>

NUEVOS CERTIFICADOS DE NECESIDAD MÉDICA PARA DMEPOS Y FORMAS DE INFORMACIÓN DE DME PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES

CR4296

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid han realizado mejoras a los certificados de necesidad médica y las formas de información para DME y, consecuentemente hay cambios a estas formas.

Hubo un período de transición para las reclamaciones con fechas de servicios del 1 de octubre de 2006 al 31 de diciembre de 2006, donde las reclamaciones con artículos que necesitaban un certificado de necesidad y conveniencia o formas de información para DME fueron aceptadas con cualquiera de las dos formas (nueva o vieja). Las formas mejoradas también permitirán el uso de una firma o fecha estampada. Su personal de facturación debe estar conciente de los cambios reflejados en los Capítulos 3 y 5 del Manual para la Integridad del Programa Medicare. La nueva serie de formas están disponibles como parte de las instrucciones oficiales presentadas al contratista regional de equipo médico (DMERC).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4296.pdf>

TEMAS GENERALES

PRUEBAS PARA LA INFRAESTRUCTURA DE COMUNICACIÓN

CR 5336

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid están trabajando su infraestructura de comunicaciones para asegurarse que puedan comunicarse con los proveedores en caso de un desastre regional o nacional. Es importante que en esas ocasiones podamos comunicarnos con los proveedores con información crítica en una forma oportuna. La relación de los contratistas con los proveedores de Medicare es un componente clave de la infraestructura. Para fortalecer nuestro nivel de preparación de emergencia, CMS estará proporcionando maneras de probar su infraestructura de comunicaciones en un futuro cercano y las instrucciones serán recibidas pronto.

CONSEJO NACIONAL PARA EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS (NCPDP)

CR5092

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (en inglés, CMS) les requieren a los proveedores acogerse a los requisitos de Medicare para el intercambio de datos electrónicos (en inglés, EDI). Ciertos modificadores informativos son requeridos para identificar los ingredientes en la medicación preparada localmente. El formato de NCPDP no apoya actualmente la divulgación de modificadores en el segmento compuesto. Por lo tanto, la porción narrativa en el segmento con autorización previa se está utilizando para divulgar estos modificadores.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5092.pdf>

CAMBIOS EN LOS MEDIOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA

CR5225

Algunos contratistas han permitido que sus proveedores de servicio sometan reclamaciones vía fax, diskette, tape o algún medio de almacenaje similar. Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que el uso de tales medios no es costo efectivo y debe ser eliminado.

NEW DMEPOS CERTIFICATES OF MEDICAL NECESSITY (CMNS) AND DME INFORMATION FORMS (DIFS) FOR CLAIMS PROCESSING

CR4296

The Centers for Medicaid & Medicare Services (CMS) has developed improved CMNs and DIFs and consequently there are changes to the forms.

There was a transition period for claims for dates of service from October 1, 2006, through December 31, 2006, where claims for items requiring a CMN or DIF were be accepted with either the old or the new form. The improved forms also permit the use of a signature and date stamp.

Your billing staff should be aware of the changes in Chapters 3 and 5 of the Medicare Program Integrity Manual. The new series of forms is available as part of the official instructions (CR4296) issued to DMERC.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4296.pdf>

GENERAL SUBJECTS

COMMUNICATIONS INFRASTRUCTURE TESTING

CR5336

CMS is working to ensure that its communications infrastructure can reach providers in the event of a regional or national disaster. It is important that at such times we can reach providers with critical information in a timely fashion. The contractors' relationship with the Medicare providers is a key component of the infrastructure. In order to strengthen our level of emergency preparedness, CMS will be providing ways to test your communications infrastructure in the near future and instructions will be forthcoming.

NATIONAL COUNCIL FOR PRESCRIPTION DRUG PROGRAM (NCPDP)

CR5092

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) require providers to adhere to electronic data interchange (EDI) requirements for Medicare. Certain informational modifiers are required to identify compound ingredients in locally prepared medication. The NCPDP format does not currently support reporting modifiers in the compound segment. Therefore, the narrative portion in the prior authorization segment is being used to report these modifiers.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5092.pdf>

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE (EDI) MEDIA CHANGES

CR5225

Some contractors permitted providers to submit EDI claims via fax-imaging, diskette, tape, or similar storage media. The CMS has determined that use of such media is not cost effective and must be terminated.



NOTI MEDICARE

 **COOPERATIVA DE SEGUROS
DE VIDA DE PUERTO RICO**
MEDICAL HEALTH INSURANCE PROGRAM

 **CMS**
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y personal gerencial del Proveedor. Los boletines están disponibles libre de cargos en nuestra página www.cosvi.com/medicare

This bulletin should be shared with all Health Care Practitioners and Managerial Members of the Provider Staff. Bulletins are available at no cost from our Web Site www.cosvi.com/medicare

 **COOPERATIVA DE SEGUROS
DE VIDA DE PUERTO RICO**