

NOTI MEDICARE

NotiMedicare Junio 2007 - Año 13 - Num. 3

TABLA DE CONTENIDO

FACTURACIÓN

- Facturación directa y pago por servicios de profesionales de salud no médicos provistos a pacientes ambulatorios y hospitalizados 3
- Actualización anual 2007 para servicios de laboratorio y tarifas de laboratorios clínicos sujetos al pago de cargos razonables
- Actualización 2007 para los cargos razonables de tablillas, yesos, suplididos y equipos para diálisis y lente intraocular
- Precio de venta promedio (ASP) trimestral de enero 2007 para medicamentos en la Parte B, efectivo el 1 de enero de 2007 y revisiones a los ASP trimestrales de abril, julio y octubre de 2006 para medicamentos en la Parte B de Medicare 4
- Actualización de 2007 para las tarifas de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suplididos (DMEPOS)
- Aumento en las tarifas de pago de las Clínicas Rurales de Salud y Centros de Salud Federalmente Cualificados
- Actualización de códigos para los factores coagulantes de hemofilia
- Aclaración de los requisitos de facturación para cirugía bariátrica
- Requisitos para proveer códigos de ruta de administración para los agentes de estimulación de eritropoyesis
- Indicador Presente en la Admisión (POA) 6
- Dispositivos de Asistencia Ventricular (VADs)
- Medidas de Masa Osea (BMM)
- Revisión a la definición del transporte de cuidado especial (SCT) 7
- Demostración del Tipo de Plan de la Parte C y D en el Archivo de Trabajo Común (CWF) – Este comunicado reemplaza el CR 5349
- Actualización al Manual de Internet-Solamente
- Agencias de Salud en el Hogar (HHAs) que proveen equipo médico duradero (DME) en las áreas donde se sometieron propuestas
- Instrucciones del programa para designar las áreas donde se sometieron propuestas y categorías de productos incluidos en el programa de propuestas de DMEPOS para el año 2007
- Respuestas informativas no solicitadas (IURs) de facilidades de cuidado diestro de enfermería (SNF) inválidas
- Cambio en las reclamaciones para los factores coagulantes de Hemofilia del factor vonWillebrand 9
- Implantación de las tarifas revisadas para los códigos del Power Mobility Devices (PMDs)
- Revisión de las secciones 40 y 100.2.9 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones relacionadas con Drogas y Biológicos descartados
- Actualización del sistema de pagos prospectivos para las facilidades psiquiátricas para el año fiscal 2008
- Actualización trimestral de los editajes médicamente improbables (MUEs), versión 1.2, efectivo el 1 de julio de 2007 10

- Aclaración sobre las facturas de las facilidades de enfermería especializada que no reciben pago 11
- Descontinuado el registro del número único de identificación del médico (UPIN)
- Actualización de julio a la tarifas para el 2007
- Códigos revisados relacionados con Inmunoglobulina
- Actualización trimestral de julio 2007 para los códigos de Albuterol, Levalbuterol y Reclast®
- Mensaje importante de Medicare y los procedimientos para una determinación expedida para altas de hospital 12
- Actualización del sistema de pagos prospectivos de julio 2007: resumen de cambios

CUBIERTA

- Estimulación eléctrica de nervios cavernosos 13
- Corrección de Astigmatismo con lente intraocular (A-C IOLs)
- Interrupción osmótica de la barrera hematoencefálica para el tratamiento de tumores del cerebro 14

REVISIÓN MÉDICA

- Modificación al modelo de Notificación de Redeterminación de Medicare (para redeterminación parcial o completamente desfavorable) 14
- Cambios en el requisito de cantidad en controversia para las apelaciones en la Corte Federal de Distrito
- Determinaciones locales de cubierta, (LCDs) para comentarios

ASUNTOS SOBRE NPI

- Instrucciones para proveedores institucionales sobre la facturación de vacunas en los casos donde no hay disponible un identificador nacional único (NPI) 15
- Cambios a la 2da fase de NPI para las Transacciones Electrónicas 835, Remesa en papel y cambios al Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 22- Remesa
- Asuntos de NPI relacionados con proveedores que han fallecido 16
- Implantación del plan de contingencia del Identificador Nacional (NPI) para Proveedores que reciben Pago por Servicios (FFS)
- Identificador Nacional de Proveedores (NPI, por sus siglas en inglés)

NOTI MEDICARE

NotiMedicare June 2007 - Año 13 - Num. 3

TABLE OF CONTENT

BILLING

- Direct billing and payment for non-physician practitioner services furnished to hospital inpatients and outpatients 3
- 2007 Annual update for clinical laboratory fee schedule and laboratory services subject to reasonable charge payment
- Reasonable charge update for 2007 for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and certain intraocular lenses
- January 2007 quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B drug pricing file, effective January 1, 2007, and revisions to April 2006, July 2006, and October 2006 quarterly ASP Medicare Part B drug pricing files 4
- Fee Schedule Update for 2007 for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies
- Medicare Rural Health Clinics (RHCs) and Federally Qualified Health Centers (FQHCs) Payment Rate Increases
- Update of HCPCS Codes for Hemophilia Clotting Factors 5
- Clarification of Bariatric Surgery Billing Requirements
- Requirement for Providing Route of Administration Codes for Erythropoiesis Stimulating Agents (ESAs)
- Present On Admission (POA) Indicator 6
- Ventricular Assist Devices (VADs)
- Bone Mass Measurements (BMMs)
- Revision to the Specialty Care Transport (SCT) Definition
- Part C and D Plan Type Display on the Common Working File (CWF) - This CR rescinds and fully replaces CR 5349
- Update to the Internet-Only-Manual (IOM)
- Home Health Agencies (HHAs) providing Durable Medical Equipment (DME) in Competitive Bidding Areas 8
- Program Instructions Designating the Competitive Bidding Areas and Product Categories Included in the CY 2007 DMEPOS Competitive Bid Program
- Invalid Skilled Nursing Facility (SNF) Informational Unsolicited Responses (IURs)
- Change on Claims for the Hemophilia Clotting Factor for vonWillebrand Factor 9
- Implementation of Revised Fee Schedule Amounts for New Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Codes for Power Mobility Devices (PMDs)
- Revisions in the Medicare Claims Processing Manual to Section 40 and Section 100.2.9 related to discarded drugs and biologicals 10
- Update Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) for Rate Year (RY) 2008
- Quarterly Update to Medically Unlikely Edits (MUEs), Version 1.2, Effective July 1, 2007

- Clarification of Skilled Nursing Facility (SNF) No Pay Billing 11
- Discontinuance of the Unique Physician Identification Number (UPIN) Registry
- July Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database
- Revised HCPCS Codes Relating to Immune Globulin
- July 2007 Quarterly Update to the HCPCS Codes for Albuterol, Levalbuterol, and Reclast®
- Important Message from Medicare (IM) and Expedited Determination Procedures for Hospital Discharges 12
- July 2007 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS): Summary of Payment Policy Changes

COVERAGE

- Cavernous Nerves Electrical Stimulation 13
- Astigmatism-Correcting Intraocular Lens (A-C IOLs)
- Blood Brain Barrier Osmotic Disruption for Treatment of Brain Tumors 14

MEDICAL REVIEW

- Modification to the Model Medicare Redetermination Notice (for partly or fully unfavorable redeterminations) 14
- Change in the Amount in Controversy Requirement for Federal District Court Appeals
- Local Coverage Determinations (LCDs) for Comments

NPI SUBJECTS

- Claims Submission Instructions for Institutional Providers Billing Vaccine Claims In Cases Where a National Provider Identifier (NPI) is Not Available 15
- Stage 2 National Provider Identifier (NPI) Changes for Transaction 835, and Standard Paper Remittance Advice and Changes in Medicare Claims Processing Manual, Chapter 22 - Remittance Advice
- NPI Issues Related to Deceased Providers 16
- Medicare Fee for Service (FFS) National Provider Identifier (NPI) Implementation Contingency Plan
- National Provider Identifier (NPI)

Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

FACTURACIÓN**FACTURACIÓN DIRECTA Y PAGO POR SERVICIOS DE PROFESIONALES DE SALUD NO MÉDICOS PROVISTOS A PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS****CR 5221**

La intención para el cambio de esta instrucción es aclarar la política sobre cómo los servicios de enfermeras/os practicantes (NPs), de las/los especialistas en enfermería clínica (CNSs) y de las/los asistentes de médico (PAs) provistos a los pacientes de hospital (ambulatorios y hospitalizados) deben ser facturados a Medicare. Por consiguiente, el párrafo que contiene la política no actualizada e incorrecta la cual exige a los hospitales facturar por los servicios profesionales de NP y del CNS será removida.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5221.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL 2007 PARA SERVICIOS DE LABORATORIO Y TARIFAS DE LABORATORIOS CLÍNICOS SUJETOS AL PAGO DE CARGOS RAZONABLES**CR 5362**

Esta notificación de actualización provee las instrucciones para las tarifas de laboratorio clínico del año 2007, traza los nuevos códigos para las pruebas de laboratorios clínicos y las actualizaciones para los costos de laboratorio sujetos al pago de cargos razonables.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5362.pdf>

ACTUALIZACIÓN 2007 PARA LOS CARGOS RAZONABLES DE TABLILLAS, YESOS, SUPLIDOS Y EQUIPOS PARA DIÁLISIS Y LENTE INTRAOCULAR**CR 5382**

Esta notificación provee las instrucciones relacionadas con el cálculo de los cargos razonables para el pago de reclamaciones de tablillas, yesos, suplididos y equipos para diálisis y lente intraocular provistos en el 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5382.pdf>

BILLING**DIRECT BILLING AND PAYMENT FOR NON-PHYSICIAN PRACTITIONER SERVICES FURNISHED TO HOSPITAL INPATIENTS AND OUTPATIENTS****CR 5221**

The intent of the change to this instruction is to clarify policy on how the professional services of nurse practitioners (NPs), clinical nurse specialists (CNSs) and physician assistants (PAs) should be billed to Medicare when furnished to hospital patients (inpatients and outpatients). Accordingly, a paragraph containing outdated and erroneous policy that requires hospitals to bill for NP and CNS professional services will be removed.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5221.pdf>

2007 ANNUAL UPDATE FOR CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND LABORATORY SERVICES SUBJECT TO REASONABLE CHARGE PAYMENT**CR 5362**

This Recurring Update Notification provides instructions for the calendar year 2007 clinical laboratory fee schedule, mapping for new codes for clinical laboratory tests and updates for laboratory costs subject to the reasonable charge payment.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5362.pdf>

REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2007 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, AND CERTAIN INTRAOCULAR LENSES**CR 5382**

This transmittal provides instructions regarding the calculation of reasonable charges for payment of claims for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses furnished in calendar year 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5382.pdf>

PRECIO DE VENTA PROMEDIO (ASP) TRIMESTRAL DE ENERO 2007 PARA MEDICAMENTOS EN LA PARTE B, EFECTIVO EL 1 DE ENERO DE 2007 Y REVISIONES A LOS ASP TRIMESTRALES DE ABRIL, JULIO Y OCTUBRE DE 2006 PARA MEDICAMENTOS EN LA PARTE B DE MEDICARE

CR 5413

Esta instrucción provee información a los contratistas de cómo bajar el archivo de Precio de Venta Promedio (ASP) de enero 2007 para Medicamentos en la Parte B, como así también, los archivos de revisiones de abril, julio, octubre y enero 2006.

Un artículo educativo sobre esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5413.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE 2007 PARA LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS, Y SUPLIDOS (DMEPOS)

CR 5417

Esta notificación provee instrucciones específicas con respecto a la actualización anual de 2007 para las tarifas de DMEPOS. El pago está basado en las tarifas requeridas para equipo médico duradero (DME), prótesis, ortóticos y vendajes quirúrgicos. El pago de las tarifas fijas es requerido para:

- Equipo médico duradero (DME), aparatos protésicos, ortóticos y vendajes quirúrgicos según el Acta de Seguro Social (secciones 1834 (a), (h), (i)); y
- Nutrición Parental y Enteral (PEN por sus siglas en inglés), según las reglamentaciones contenidas en el Código de Reglamentaciones Federales (42 CFR 414.102).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5417.pdf>

AUMENTO EN LAS TARIFAS DE PAGO DE LAS CLÍNICAS RURALES DE SALUD Y CENTROS DE SALUD FEDERALMENTE CUALIFICADOS

CR 5435

Esta notificación provee instrucciones sobre el aumento en el pago de tarifas para el 2007, por servicios en las Clínicas de Salud Rural (RHC) y Centros de Salud Federal Cualificados (FQHC).

Clínicas Rurales de Salud (RHC)

- El límite de pago mayor para un RHC fue aumentado de \$68.65 a \$70.78 efectivo desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2007. Las tarifas de 2007 reflejan un aumento de 2.1% sobre el límite de pago del 2006.

Centros de Salud Federalmente Cualificados (FQHC)

- El límite de pago mayor para un FQHC urbano fue aumentado de \$106.58 a \$109.88 efectivo desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2007 y el límite de pago mayor para un FQHC rural fue

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

CR 5413

This instruction provides information to Medicare contractors to download the January 2007 ASP drug pricing file for Medicare Part B drugs as well as the revised April 2006, July 2006, October 2006, and January 2006 files.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5413.pdf>

FEE SCHEDULE UPDATE FOR 2007 FOR DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES

CR 5417

This recurring update notification provides specific instructions regarding the 2007 annual update for the DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings. 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)); and
- Parenteral and Enteral Nutrition (PEN) by regulations contained in the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5417.pdf>

MEDICARE RURAL HEALTH CLINICS (RHCS) AND FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCs) PAYMENT RATE INCREASES

CR 5435

This Recurring Update Notification provides instructions for the calendar year (CY) 2007 Payment Rate Increases for RHC and FQHC services.

RHCs:

- The RHC upper payment limit per visit was increased from \$72.76 to \$74.29 effective January 1, 2007, through December 31, 2007 (i.e., CY 2007). The 2007 rate reflects a 2.1 percent increase over the 2006 payment limit.

FQHCs:

- The FQHC upper payment limit per visit for urban FQHCs was increased from \$112.96 to \$115.33 effective January 1, 2007, through December 31, 2007 (i.e., CY 2007), and the maximum Medicare payment limit per

aumentado de \$91.64 a \$94.48 efectivo desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2007. Estas tarifas reflejan un 2.1% de aumento sobre el límite de pago del 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5435.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE CÓDIGOS PARA LOS FACTORES COAGULANTES DE HEMOFILIA

CR 5466

El factor de coagulación sanguínea a pacientes con Hemofilia representado con el código J7188 terminó a partir del 31 de diciembre de 2006 y un nuevo código J7187 fue efectivo el 1 de enero de 2007. Además, esta notificación confirma las instrucciones para los proveedores, intermediarios fiscales (FIs) y A/B MACs para el manejo de reclamaciones hasta que los cambios sean implantados por el sistema FISS.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5466.pdf>

ACLARACIÓN DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

CR 5477

El 28 de abril de 2006, CMS publicó a través del CR 5013 la cubierta para ciertos procedimientos de cirugía bariátrica. Esta determinación nacional de cubierta (NCD) está contenida en la sección 100.1 del Manual de Determinación Nacional de Cubierta. Hemos sido informados que esta NCD no ha sido implantada uniformemente.

CMS encontró que algunas reclamaciones que no incluían cirugía bariátrica han sido denegadas por error, mientras que algunas reclamaciones con cubierta de cirugía bariátrica fueron retenidas en lugar de ser pagadas. CMS está publicando este nuevo cambio para aclarar las instrucciones de procesamiento de reclamaciones contenidas en el CR 5013.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5477.pdf>

REQUISITOS PARA PROVEER CÓDIGOS DE RUTA DE ADMINISTRACIÓN PARA LOS AGENTES DE ESTIMULACIÓN DE ERITROPOYESIS

CR 5480

Esta información instruye a todos los proveedores y suplidores sobre los nuevos requisitos para proveer códigos de ruta de administración en las reclamaciones de agentes de estimulación de eritropoyesis administrado a pacientes renales.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5480.pdf>

visit for rural FQHCs was increased from \$97.13 to \$99.17 effective January 1, 2007, through December 31, 2007 (i.e. CY 2007). The 2007 FQHC rates reflect a 2.1 percent increase over the 2006 rates.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5435.pdf>

UPDATE OF HCPCS CODES FOR HEMOPHILIA CLOTTING FACTORS

CR 5466

This update indicates that hemophilia clotting factor, represented by HCPCS code J7188, was terminated effective December 31, 2006 and a new HCPCS code, J7187, was effective January 1, 2007. Also, this notice affirms instructions to providers and fiscal intermediaries (FIs) and A/B MACs for handling claims until FISS can implement the changes.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5466.pdf>

CLARIFICATION OF BARIATRIC SURGERY BILLING REQUIREMENTS

CR 5477

On April 28, 2006, CMS issued change request (CR) 5013 providing coverage for certain bariatric surgical procedures. This national coverage determination (NCD) is contained in § 100.1 of the Medicare NCD Manual. We have been informed that this NCD is not being implemented uniformly.

CMS founded that some claims not involving bariatric surgery are being denied in error while some covered bariatric surgery claims were being held rather than paid. CMS is issuing this new CR to clarify the claims processing instructions contained in CR 5013.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5477.pdf>

REQUIREMENT FOR PROVIDING ROUTE OF ADMINISTRATION CODES FOR ERYTHROPOIESIS STIMULATING AGENTS (ESAS)

CR 5480

This information 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.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5480.pdf>

INDICADOR PRESENTE EN LA ADMISIÓN (POA)**CR 5499**

A fin de agrupar los diagnósticos en el DRG apropiado, CMS necesita capturar un indicador POA para todas las reclamaciones que envuelvan admisiones en hospitales generales de cuidado agudo. Utilice el manual de especificaciones de datos de la UB04 y las guías oficiales de codificación y divulgación del ICD-9-CM para facilitar la asignación del indicador POA para cada código de diagnóstico “principal” y “otros” diagnósticos reflejados en las reclamaciones de la UB-04 y 837 institucional. La ley requiere que estos indicadores POA sean usados en todas las reclamaciones de admisión a hospitales generales de cuidado agudo con fechas de alta después del 1 de octubre de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5499.pdf>

DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR (VADS)**CR 5516**

Efectivo el 27 de marzo de 2007, se ha establecido un nuevo criterio para las facilidades. Ahora los hospitales deben recibir una certificación de la Comisión Conjunta en Acreditaciones de las Organizaciones de Salud bajo su Programa de Certificación de Enfermedades Específicas para los VAD. Los hospitales actualmente aprobados tendrán hasta el 27 de marzo de 2009 para certificarse por la Comisión Conjunta o se les removerá de la lista de hospitales aprobados.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5516.pdf>

MEDIDAS DE MASA OSEA (BMM)**CR 5521**

El 1 de diciembre de 2006, CMS publicó la regla final para las tarifas del 2007. Las instrucciones de cubierta para las medidas de masa ósea pueden ser obtenidas en el capítulo 15, sección 80.5 de la Publicación 100-02, del Manual de las Políticas de Beneficios de Medicare. Las instrucciones para el procesamiento de reclamaciones pueden ser obtenidas en el capítulo 13, sección 140 de la Publicación 100-04, del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones.

REVISIÓN A LA DEFINICIÓN DEL TRANSPORTE DE CUIDADO ESPECIAL (SCT)**CR 5533**

La siguiente instrucción revisa la definición para que el SCT incluya el término interfacilidad. En la regla final del 1 de diciembre de 2006, CMS amplió la definición de interfacilidad para incluir a hospitales y SNFs. Además, CMS aclaró las clases de facilidades que se incluyen como puntos de origen o destino para el transporte interfacilidad para

PRESENT ON ADMISSION (POA) INDICATOR**CR 5499**

In order to group diagnoses into the proper DRG, CMS needs to capture a POA indicator for all claims involving inpatient admissions to general acute care hospitals. Use the UB-04 Data Specifications Manual and the ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting to facilitate the assignment of the POA indicator for each “principal” diagnosis and “other” diagnoses codes reported on claim forms UB-04 and 837 Institutional. The law requires that these POA indicators be reported on all claims for inpatient admissions to general acute care hospitals with discharge dates on or after October 1, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5499.pdf>

VENTRICULAR ASSIST DEVICES (VADS)**CR 5516**

Effective March 27, 2007, new facility criteria was established and hospitals must now receive certification from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations under their Disease Specific Certification Program for VADs. Currently approved hospitals will have until March 27, 2009, to become certified by the Joint Commission or they will be removed from the approved list.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5516.pdf>

BONE MASS MEASUREMENTS (BMM)**CR 5521**

On December 1, 2006, CMS published the CY 2007 Physician Fee Schedule final rule. Complete coverage instructions for BMMs can be found in chapter 15, section 80.5 of Pub.100-02, Medicare Benefit Policy Manual. Claims processing instructions can be found in chapter 13, section 140 of Pub.100-04, Claims Processing Manual.

REVISION TO THE SPECIALTY CARE TRANSPORT (SCT) DEFINITION**CR 5533**

The following instruction revises the definition for SCT to include the term interfacility. In the December 1, 2006 final rule, CMS expanded the definition of interfacility to include both hospitals and SNFs. In addition, CMS further clarified the kinds of facilities that CMS includes as origin or destination points for interfacility transport for SCT purposes. Therefore,

propósitos del SCT. Por lo tanto, para propósitos del pago de SCT, CMS considera una “facilidad” para incluir solamente a un SNF o un hospital que participe en el programa de Medicare, o una facilidad con base en hospital que satisfaga los requisitos de CMS para el status ‘con base en el proveedor’. Los hospitales certificados por Medicare que se incluyen son, pero no se limitan a, hospitales de rehabilitación, hospitales para el tratamiento de cáncer, hospitales de niños, hospitales psiquiátricos, hospitales de cuidado agudo y hospitales rurales.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5533.pdf>

DEMOSTRACIÓN DEL TIPO DE PLAN DE LA PARTE C Y D EN EL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN (CWF) - ESTE COMUNICADO REEMPLAZA EL CR 5349

CR 5538

El archivo de trabajo común (CWF, en inglés) provee el número de contrato de la Parte C (Medicare Advantage) en el cual el beneficiario está afiliado, incluyendo la descripción del tipo de plan asociado con el contrato. En muchos casos, estos contratos son catalogados como HMO de manera incorrecta debido a que la lista de la descripción de los posibles tipos de planes ha aumentado desde la creación de los programas de MA y de la parte D. Para manejar este asunto, el sistema de manejo de planes de salud (HPMS) necesitará modificar el proceso existente del intercambio de archivos de dirección de HMO con el archivo de trabajo común. Esto, para proveer la lista de los números de contrato y su descripción del tipo de plan. Con estos nuevos datos, CWF puede exhibir el tipo exacto de descripciones del plan.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5538.pdf>

ACTUALIZACIÓN AL MANUAL DE INTERNET-SOLAMENTE

CR 5541

La siguiente instrucción aclara la aplicación de deducible y coaseguro para los códigos 45330, 45378 y 74280 de servicios diagnósticos de cáncer colorectal. El Deficit Reduction Act del 2005 eliminó el deducible para los códigos G0104, G0105, G0106, G0120, y G0121 relacionados con servicios de cernimiento de cáncer colorectal provistos después del 1 de enero de 2007. El deducible anual de la Parte B todavía aplica a los servicios diagnósticos de cáncer colorectal para los códigos 45330, 45378, y 74280.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5541.pdf>

AGENCIAS DE SALUD EN EL HOGAR (HHAS) QUE PROVEEN

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 CMS’ requirements for provider-based status. Medicare hospitals include, but are not limited to, rehabilitation hospitals, cancer hospitals, children’s hospitals, psychiatric hospitals, inpatient acute-care hospitals, and sole community hospitals (SCHs).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5533.pdf>

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

CR 5538

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. 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 MA and Part D programs. To address this issue, the Health Plan Management System (HPMS) will need to modify the existing HMO address file exchange process 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 descriptions.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5538.pdf>

UPDATE TO THE INTERNET-ONLY-MANUAL (IOM)

CR 5541

The following instruction clarifies the application of deductible and coinsurance for diagnostic colorectal services codes 45330, 45378 and 74280. The Deficit Reduction Act of 2005 waived the deductible for screening colorectal service codes G0104, G0105, G0106, G0120, and G0121 furnished on or after January 1, 2007. The annual Part B deductible still applies to diagnostic colorectal services codes 45330, 45378, and 74280.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5541.pdf>

HOME HEALTH AGENCIES (HHAS) PROVIDING DURABLE MEDICAL

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) EN LAS ÁREAS DONDE SE SOMETIERON PROPUESTAS

CR 5551

Este comunicado requiere a todas las Agencias de Salud en el Hogar (HHAs) que proveen servicios de equipo médico duradero (DME) contratar con suplidores de DME que hayan sometido propuestas en las áreas designadas para ofrecer los servicios o que tengan contrato con Medicare.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5551.pdf>

INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA PARA DESIGNAR LAS ÁREAS DONDE SE SOMETIERON PROPUESTAS Y CATEGORÍAS DE PRODUCTOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PROPUESTAS DE DMEPOS PARA EL AÑO 2007

CR 5574

La siguiente instrucción provee información con propósitos educativos con respecto a las áreas donde se sometieron propuestas (CBAs) la cual comenzará en el año 2007 bajo la regla final, CMS-1270-F, "Adquisición Competitiva para ciertos Equipos Médicos Duraderos, Prótesis, Ortóticos y Suplidos (DMEPOS) y otros asuntos." Esta instrucción también contiene información relacionada a las categorías de productos incluidos en el Programa de Propuestas de DMEPOS para el año 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5574.pdf>

RESPUESTAS INFORMATIVAS NO SOLICITADAS (IUR) DE FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERÍA (SNF) INVÁLIDAS

CR 5587

CMS ha identificado una situación de respuestas informativas no solicitadas (IURs) inválidas recibidas del archivo de trabajo común relacionadas a facilidades de cuidado diestro de enfermería (SNF). El CR4292 (Beneficios agotados y no-pago para los FIs y SNFs de Medicare) fue implantado con la publicación de octubre 2006. Los cambios de sistemas relacionados con este CR han causado que las facturas pagadas por servicios ambulatorios, Parte B y equipo médico duradero (DME) que coinciden con facturas no-pagadas de SNF, sean rechazadas automáticamente. En el proceso de implantación del CR4292 se realizaron cambios de codificación, los cuales devuelven un IUR al contratista que rechazó las facturas de servicios ambulatorios, Parte B, y DME en error. El cambio de codificación en el archivo de trabajo común para corregir el problema, fue efectivo en producción el 29 de enero de 2007. El archivo de trabajo común proveerá una lista de reclamaciones a los contratistas correspondientes para permitir que se realicen las correcciones y pagos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5587.pdf>

EQUIPMENT (DME) IN COMPETITIVE BIDDING AREAS

CR 5551

This change request requires that all suppliers that competitively bid for DME must bill the DME MAC for these items. In addition, they will no longer be allowed to bill the RHHIs for competitive bid items.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5551.pdf>

PROGRAM INSTRUCTIONS DESIGNATING THE COMPETITIVE BIDDING AREAS AND PRODUCT CATEGORIES INCLUDED IN THE CY 2007 DMEPOS COMPETITIVE BID PROGRAM

CR 5574

The following instruction provides information for educational purposes regarding the competitive bidding areas (CBAs) in which bidding will occur in CY 2007 under the final rule, CMS-1270-F, "Competitive Acquisition for Certain Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) and Other Issues." This transmittal also contains information pertaining to the competitive bid product categories included in the CY 2007 DMEPOS Competitive Bidding Program.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5574.pdf>

INVALID SKILLED NURSING FACILITY (SNF) INFORMATIONAL UNSOLICITED RESPONSES (IUR)

CR 5587

CMS has identified an issue with Skilled Nursing Facility (SNF) Informational Unsolicited Responses (IUR). CR 4292, Transmittal 930, (Benefits Exhaust and No-Payment for Medicare FIs and SNFs) was implemented with the October 2006 release. System changes relating to this change request have caused outpatient, Part B, and DME paid claims that overlap non-pay SNF to be automatically rejected. In the process of implementing CR 4292, coding changes were made which will send an IUR back to the contractor rejecting outpatient bills, Part B, and DME claims in error. The CWF coding change to fix the problem was effective in production on January 29, 2007, and CWF will be providing a list of claims to the applicable contractors to allow for corrections and payment to be made.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5587.pdf>

CAMBIO EN LAS RECLAMACIONES PARA LOS FACTORES COAGULANTES DE HEMOFILIA DEL FACTOR VONWILLEBRAND**JSM07291; revisado en JSM07328**

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) y el comité de códigos HCPCS cambiaron uno de los códigos para los factores de coagulación de hemofilia con la actualización de códigos del 1 de enero de 2007. Efectivo el 1 de enero 2007, el cambio de código fue el siguiente:

Old code

J7188

Replacement code

J7188

Name of Factor

vonWillebrand factor complex, human
ristocetin cofactor, per IU VWF: RCO

Desafortunadamente, esta información no fue recibida a tiempo en el año para actualizar el editaje apropiado en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS).

El pago para el código J, J7187 requiere modificaciones del sistema FISS. Lo más temprano que el sistema FISS puede realizar los cambios es para la actualización trimestral de octubre 2007. Hasta entonces, CMS está solicitando que los proveedores omitan de las reclamaciones de hospitalización ambos códigos, el anterior J7188 y el nuevo código J7187. Una vez que los proveedores hayan recibido el pago por la estadía en hospital, sin añadir el factor de vonWillebrand (factor de coagulación de hemofilia), se les solicitará el que sometan una solicitud de ajuste que incluya el código J7187.

IMPLANTACIÓN DE LAS TARIFAS REVISADAS PARA LOS CÓDIGOS DEL POWER MOBILITY DEVICES (PMDs)**JSM07343**

La actualización trimestral de abril 2007 para equipo médico durable, protésicos, ortóticos y suplidos (DMEPOS), implantó cambios en las tarifas (CR 5537) para varios códigos de PMD. En una información anterior, publicada el 23 de marzo de 2007, fueron incluidas las instrucciones para implantar el 2 de abril de 2007 las cantidades revisadas en el 2007 para los códigos K0822, K0825, K0835, K0838, K0848, K0850, K0851, K0859 y K0864. Hemos sido informados por CMS que solamente Luisiana y las Islas Vírgenes de Estados Unidos son afectadas por las revisiones a las cantidades de tarifas para el código K0864.

REVISIÓN DE LAS SECCIONES 40 Y 100.2.9 DEL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES RELACIONADAS CON DROGAS Y BIOLÓGICOS DESCARTADOS**CR 5520**

El CR 5520, del cual es tomado este artículo, revisa el capítulo 17 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, secciones 40 y 100.2.9, para incluir un lenguaje referente al pago por la administración

CHANGE ON CLAIMS FOR THE HEMOPHILIA CLOTTING FACTOR FOR VONWILLEBRAND FACTOR**JSM 07291; Revised on JSM07328**

The Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) HCPCS Committee changed one of the codes for hemophilia clotting factors with the January 1, 2007, HCPCS update. Effective January 1, 2007, the code change was the following:

Old code

J7188

Replacement code

J7188

Name of Factor

vonWillebrand factor complex, human
ristocetin cofactor, per IU VWF: RCO

Unfortunately, this information was not received early enough in the year to update the appropriate edits in the Fiscal Intermediary Shared System (FISS).

Payment for J code J7187 requires FISS modifications. The earliest FISS can make the changes is the October 2007 Quarterly Release. Until then, CMS is asking providers to omit both the old code, J7188 and the new code, J7187, from inpatient hospital claims. Once the system has been appropriately updated, we will ask providers to submit an adjustment request that includes HCPCS code J7187.

IMPLEMENTATION OF REVISED FEE SCHEDULE AMOUNTS FOR NEW HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES FOR POWER MOBILITY DEVICES (PMDs)**JSM07343**

The April Quarterly updates for 2007 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule (CR 5537) implements fee schedule changes for several PMD HCPCS codes. In prior information, issued on March 23, 2007, were included instructions for implementation on April 2, 2007, of revised 2007 fee schedule amounts for codes K0822, K0825, K0835, K0838, K0848, K0850, K0851, K0859, and K0864. We have been informed by CMS that only Louisiana and the United States Virgin Islands are affected by the revisions to the fee schedule amounts for code K0864.

REVISIONS IN THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL TO SECTION 40 AND SECTION 100.2.9 RELATED TO DISCARDED DRUGS AND BIOLOGICALS**CR 5520**

CR 5520, from which this article is taken, revises the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 17, Sections 40 and 100.2.9, to include language that references payment for administering (and discarding)

(y eliminación) de ampollas y paquetes a usarse una sola vez. Específicamente, el cambio es para aclarar que Medicare cubrirá la cantidad no utilizada de estas ampollas o paquetes junto con la cantidad de la misma que fue administrada al paciente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5520.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA LAS FACILIDADES PSIQUIÁTRICAS PARA EL AÑO FISCAL 2008
CR 5619

Esta instrucción identifica los cambios requeridos como parte de la actualización anual del sistema de pagos prospectivos para las facilidades psiquiátricas para el año fiscal 2008, publicado el 4 de mayo de 2007. Estos incluyen la actualización de lo siguiente: la tasa de mercado, la tarifa base Federal, la terapia electro convulsiva, la actualización del pagador, y otras políticas. Estos cambios son aplicables a las altas en las facilidades psiquiátricas ocurridas durante el año que comienza del 1 de julio de 2007 al 30 de junio de 2008.

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS EDITAJES MÉDICAMENTE IMPROBABLES (MUES), VERSIÓN 1.2, EFECTIVO EL 1 DE JULIO DE 2007
CR 5603

El último paquete de editajes médicamente improbables (MUEs), versión 1.2, efectivo el 1 de julio de 2007, estará disponible para los contratistas de CMS a través del centro de datos de CMS. Un archivo de prueba estuvo disponible desde el 12 de mayo de 2007, y el archivo final estuvo disponible desde el 17 de mayo de 2007. Los MUEs añadidos, eliminados y la lista de cambios estuvieron disponibles desde el 25 de mayo de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5603.pdf>

ACLARACIÓN SOBRE LAS FACTURAS DE LAS FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA QUE NO RECIBEN PAGO
CR 5583

Esta información aclara las instrucciones sobre las facturas 210 de SNF que no reciben pago y que coinciden con facturas tipo 22x previamente pagadas. Además, la tabla de referencia rápida de periodo de enfermedad de SNF será añadida al manual. También, varias secciones del capítulo 6 serán actualizadas como parte de esta instrucción.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5583.pdf>

both single use vials and single use packages. Specifically, the change is to clarify that Medicare will cover the amount of a single use vial or single use package of a drug or biological that was discarded along with the amount of that single use vial/package that was administered to the Medicare patient.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5520.pdf>

UPDATE INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS) FOR RATE YEAR (RY) 2008
CR 5619

This instruction identifies changes that are required as part of the annual IPF PPS update from the RY 2008 IPF PPS update notice, published on May 4, 2007. These include: the market basket update, Federal per diem base rate update, electroconvulsive therapy update, Pricer updates, and other policy updates. These changes are applicable to IPF discharges occurring during the rate year beginning on July 1, 2007 through June 30, 2008.

QUARTERLY UPDATE TO MEDICALLY UNLIKELY EDITS (MUES), VERSION 1.2, EFFECTIVE JULY 1, 2007
CR 5603

The latest package of Medically Unlikely Edits (MUEs), Version 1.2, effective July 1, 2007, will be available for CMS contractors via the CMS Data Center. A test file was available on or about May 2, 2007, and the final file was available on or about May 17, 2007. The MUE adds, deletes, and changes lists was available on or about May 25, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5603.pdf>

CLARIFICATION OF SKILLED NURSING FACILITY (SNF) NO PAY BILLING
CR 5583

This instruction clarifies No Pay billing instructions for SNF 210 bill types that overlap previously paid SNF 22x bill types. In addition, the SNF Spell of Illness Quick Reference Chart will be added to the manual. Also, various sections of Chapter 6 are updated with this instruction.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5583.pdf>

DESCONTINUADO EL REGISTRO DEL NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (UPIN)**CR 5584**

CMS discontinuará la asignación de UPIN efectivo el 29 de junio de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5584.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE JULIO A LA TARIFAS PARA EL 2007**CR 5614**

Los archivos de pago fueron publicados a los carriers basados en la regla final del Medicare Physician Fee Schedule del 1 de diciembre de 2006. Esta nueva instrucción enmienda esos archivos de pago e incluye los códigos nuevos/revisados para la iniciativa de Physician Quality Reporting.

CÓDIGOS REVISADOS RELACIONADOS CON INMUNOGLOBULINA**CR 5635**

La implantación de cambios en los códigos para inmunoglobulina será efectiva el 1 de julio de 2007. En resumen, los siguientes códigos serán efectivos el 1 de julio de 2007: Q4087, Q4088, Q4089, Q4090, Q4091, y Q4092. El siguiente código ya no será pagado por Medicare, efectivo el 1 de julio de 2007: J1567.

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2007 PARA LOS CÓDIGOS DE ALBUTEROL, LEVALBUTEROL Y RECLAST®**CR 5645**

La siguiente instrucción está relacionada con la implantación de la actualización trimestral de julio 2007 para el Albuterol, Levalbuterol y Reclast. En resumen, los siguientes códigos serán efectivos el 1 de julio de 2007: Q4093, Q4094, y Q4095. Los siguientes códigos ya no serán pagados por Medicare efectivo el 1 de julio de 2007: J7611, J7612, J7613 y J7614. El código J3487 continúa en uso para el Zometa®.

MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE Y LOS PROCEDIMIENTOS PARA UNA DETERMINACIÓN EXPEDIDA PARA ALTAS DE HOSPITAL**CR 5622**

Los procedimientos para la entrega del Mensaje Importante de Medicare, un aviso requerido por ley, fueron revisados con la publicación de la regla final CMS-4105-F. Este aviso informa a los beneficiarios que son hospitalizados sus derechos a solicitar a una organización para el mejoramiento de calidad (QIO) una revisión rápida de un alta.

DISCONTINUANCE OF THE UNIQUE PHYSICIAN IDENTIFICATION NUMBER (UPIN) REGISTRY**CR 5584**

CMS will discontinue assigning UPINs effective June 29, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5584.pdf>

JULY UPDATE TO THE 2007 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE**CR 5614**

Payment files were issued to carriers based upon the December 1, 2006 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. This new instruction amends those payment files and includes new/revised codes for the Physician Quality Reporting Initiative.

REVISED HCPCS CODES RELATING TO IMMUNE GLOBULIN**CR 5635**

Implementation HCPCS coding changes will be effective July 1, 2007 for Immune Globulin. In summary, the following HCPCS codes are effective July 1, 2007: Q4087, Q4088, Q4089, Q4090, Q4091, and Q4092. The following HCPCS code will no longer be payable by Medicare, effective July 1, 2007: J1567.

JULY 2007 QUARTERLY UPDATE TO THE HCPCS CODES FOR ALBUTEROL, LEVALBUTEROL, AND RECLAST®**CR 5645**

The following instruction is related to the implementation in July 2007 quarterly update to the HCPCS Codes for Albuterol, Levalbuterol, and Reclast. In summary, the following HCPCS codes are effective July 1, 2007: Q4093, Q4094, and Q4095. The following HCPCS code will no longer be payable by Medicare, effective July 1, 2007: J7611, J7612, J7613, and J7614. Code J3487 continues in use for Zometa®.

IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE (IM) AND EXPEDITED DETERMINATION PROCEDURES FOR HOSPITAL DISCHARGES**CR 5622**

The procedures for delivery of the Important Message from Medicare, a statutory required notice, were revised with publication of the Final Rule CMS-4105-F. This notice informs beneficiaries who are hospital inpatients of their right to an expedited review by a Quality Improvement Organization (QIO) of a discharge.

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE JULIO 2007: RESUMEN DE CAMBIOS**CR 5623**

Esta notificación describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implantadas en la actualización de julio 2007. El Outpatient Code Editor OPSS de julio 2007 y el OPSS Pricer reflejarán las adiciones y los cambios relacionados a los HCPCS, los APCs, Modificadores y Revenue Codes. Incluimos en inglés la lista de los cambios.

1. Changes to Device Edits
2. New Services
3. Category III CPT Codes
4. Payment for Brachytherapy Sources
 - a. Billing for Stranded and Non-stranded Brachytherapy Sources
 - b. Comprehensive List of Brachytherapy Sources Payable as of July 1, 2007
 - c. Coding for Not Otherwise Specified Brachytherapy Sources and New Sources
 - d. Brachytherapy Source Codes Deleted as of July 1, 2007
5. Billing for Drugs, Biologicals, and Radiopharmaceuticals
 - a. Drugs and Biologicals with Payments Based on Average Sales Price (ASP) Effective July 1, 2007
 - b. Updated Payment Rates for Certain Drugs and Biologicals Effective January 1, 2007 through March 31, 2007
 - c. Updated Payment Rates for Certain Drugs and Biologicals Effective April 1, 2007 through June 30, 2007
 - d. Newly-Approved Drug Eligible for Pass-Through Status as of July 1, 2007
 - e. New HCPCS Drug Codes Separately Payable Under OPSS as of July 1, 2007
 - f. Billing for Zometa and Reclast Under OPSS as of July 1, 2007
 - g. Drug HCPCS Code J1567 Not Reportable Under the Hospital OPSS as of July 1, 2007
 - h. Correct Reporting of Units for Drugs
6. Coverage Determinations

JULY 2007 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPSS): SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES**CR 5623**

This notification describes changes to, and billing instructions for various payment policies implemented in the July 2007 OPSS update. The July 2007 OPSS Outpatient Code Editor (OCE) and OPSS PRICER will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), HCPCS Modifier, and Revenue Code additions, changes, and deletions. This instruction includes:

1. Changes to Device Edits
2. New Services
3. Category III CPT Codes
4. Payment for Brachytherapy Sources
 - a. Billing for Stranded and Non-stranded Brachytherapy Sources
 - b. Comprehensive List of Brachytherapy Sources Payable as of July 1, 2007
 - c. Coding for Not Otherwise Specified Brachytherapy Sources and New Sources
 - d. Brachytherapy Source Codes Deleted as of July 1, 2007
5. Billing for Drugs, Biologicals, and Radiopharmaceuticals
 - a. Drugs and Biologicals with Payments Based on Average Sales Price (ASP) Effective July 1, 2007
 - b. Updated Payment Rates for Certain Drugs and Biologicals Effective January 1, 2007 through March 31, 2007
 - c. Updated Payment Rates for Certain Drugs and Biologicals Effective April 1, 2007 through June 30, 2007
 - d. Newly-Approved Drug Eligible for Pass-Through Status as of July 1, 2007
 - e. New HCPCS Drug Codes Separately Payable Under OPSS as of July 1, 2007
 - f. Billing for Zometa and Reclast Under OPSS as of July 1, 2007
 - g. Drug HCPCS Code J1567 Not Reportable Under the Hospital OPSS as of July 1, 2007
 - h. Correct Reporting of Units for Drugs
6. Coverage Determinations

CUBIERTA**ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DE NERVIOS CAVERNOSOS****CR 5294**

CMS ha revisado la evidencia para el estímulo eléctrico de los nervios cavernosos con pletismografía penil y ha determinado que esta prueba no es razonable ni necesaria para los beneficiarios de Medicare que se someten a procedimientos quirúrgicos prostáticos o colorectales de preservación de nervios. Por lo tanto, esta prueba no está cubierta por Medicare, según lo especifica el Manual de Determinación Nacional de Cubierta (Publicación 100-03, sección 160.2).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5294.pdf>

CORRECCIÓN DE ASTIGMATISMO CONLENTE INTRAOCULAR (A-C IOLS)**CR 5527**

Este artículo discute una reciente regla administrativa emitida por CMS relacionada con la corrección del astigmatismo con lente intraocular luego de una cirugía de catarata. La nueva política es efectiva para las fechas de servicio después del 22 de enero de 2007. Los proveedores necesitan estar concientes que efectivo el 22 de enero de 2007:

- Medicare pagará la misma cantidad por la extracción de catarata con inserción de lente intraocular para la corrección de astigmatismo, que lo que paga para la extracción de catarata con inserción del lente intraocular convencional.
- El beneficiario es responsable por el pago de esa porción de cargo del hospital o centro de cirugía ambulatoria que excede los cargos usuales de la facilidad por la extracción de catarata e inserción de lente intraocular convencional seguido de una cirugía de catarata, como así también de cualquier tarifa que exceda los cargos usuales del médico para realizar una extracción de catarata con inserción de lente intraocular.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5527.pdf>

INTERRUPCIÓN OSMÓTICA DE LA BARRERA HEMATOENCEFÁLICA PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES DEL CEREBRO**CR 5530**

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 20 de marzo de 2007 en adelante, CMS determinó que el uso de la interrupción osmótica de la barrera hematoencefálica no es razonable y necesario cuando es utilizado como parte de un régimen de tratamiento para tumores del cerebro. Esta NCD no altera de ninguna forma la cubierta de quimioterapia anticáncer.

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

COVERAGE**CAVERNOUS NERVES ELECTRICAL STIMULATION****CR 5294**

CMS has reviewed the evidence and determined that Cavernous Nerves Electrical Stimulation with Penile Plethysmography is not reasonable and necessary for Medicare beneficiaries undergoing nerve-sparing prostatic or colorectal surgical procedures. Therefore, this test is noncovered under Medicare as specified in Medicare National Coverage Determination Manual (Pub. 100-03, section 160.2).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5294.pdf>

ASTIGMATISM-CORRECTING INTRAOCULAR LENS (A-C IOLS)**CR 5527**

This article discusses a recent Administrator Ruling from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) regarding astigmatism-correcting intraocular lenses (A-C IOLs) following cataract surgery. The new policy is effective for dates of service on and after January 22, 2007. 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.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5527.pdf>

BLOOD BRAIN BARRIER OSMOTIC DISRUPTION FOR TREATMENT OF BRAIN TUMORS**CR 5530**

Effective for claims with dates of service on and after March 20, 2007, CMS determines 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. This NCD does not alter in any manner the coverage of anti-cancer chemotherapy.

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

REVISIÓN MÉDICA**MODIFICACIÓN AL MODELO DE NOTIFICACIÓN DE REDETERMINACIÓN DE MEDICARE (PARA REDETERMINACIÓN PARCIAL O COMPLETAMENTE DESFAVORABLE)****CR 5554**

El propósito de esta instrucción es modificar la Forma de Solicitud de Reconsideración y corregir las localidades en las apelaciones al juez administrativo (ALJ, en inglés). La Notificación de Redeterminación de Medicare (MRN, en inglés) debe ser modificada para aclarar a los proveedores que no necesitan re-someter documentación cuando es solicitada una reconsideración a un contratista cualificado independiente si la documentación ha sido previamente sometida como parte del proceso de redeterminación.

CAMBIOS EN EL REQUISITO DE CANTIDAD EN CONTROVERSIAS PARA LAS APELACIONES EN LA CORTE FEDERAL DE DISTRITO**CR 5518**

El capítulo 29 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones no indica la cantidad límite para una apelación en la Corte Federal de distrito. Esta instrucción incorpora esa cantidad. El Acta de Modernización de Medicare de 2003 provee para una reevaluación anual, comenzando en el 2005, de la cantidad límite en controversia para una audiencia con el Juez Administrativo o revisión en la Corte Federal de Distrito.

DETERMINACIONES LOCALES DE CUBIERTA, (LCDS) PARA COMENTARIOS

Las siguientes LCDs han sido publicadas para comentarios. Los comentarios y recomendaciones recibidos dentro del periodo de 45 días serán considerados al preparar la versión final. Puede enviar sus sugerencias por correo electrónico a amarrero@cosvi.com o correo regular a Director Médico, PO Box 363428, San Juan, Puerto Rico, 00936-3428. Si desea copia en papel de estas determinaciones, puede comunicarse con nosotros.

Nueva LCD: Blepharoplastia – LCD # 07-01-00

La fecha de comienzo del periodo de comentarios fue el 11 de mayo de 2007 y termina el 25 de julio de 2007. Puede acceder la determinación en: <http://www.cosvimedicaid.com/images/blepharoplasty-draft.doc>

LCD revisada: Epoetin alfa (EPOGEN) & Darbepoetin alfa (ARANESP) for uses other than ESRD - 02-04-01

La fecha de comienzo del periodo de comentarios fue el 29 de mayo de 2007 y termina el 13 de julio de 2007. Puede acceder la determinación en: <http://www.cosvimedicaid.com/images/Epo-Aranesp%20FINAL%20DRAFT.doc>

MEDICAL REVIEW**MODIFICATION TO THE MODEL MEDICARE REDETERMINATION NOTICE (FOR PARTLY OR FULLY UNFAVORABLE REDETERMINATIONS)****CR 5554**

The purpose of this instruction is to modify the Reconsideration Request Form and to correct the ALJ (Administrative Law Judge) filing locations. The MRN (Medicare Redetermination Notice) shall be modified to clarify for providers that they do not need to resubmit documentation when requesting a QIC (Qualified Independent Contractor) reconsideration if the documentation was previously submitted as part of the redetermination process.

CHANGE IN THE AMOUNT IN CONTROVERSY REQUIREMENT FOR FEDERAL DISTRICT COURT APPEALS**CR 5518**

Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual, does not list the dollar amount for a Federal District Court appeal. This instruction incorporates that amount. The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 provides for annual reevaluation, beginning in 2005, of the dollar amount in controversy required for an Administrative Law Judge (ALJ) hearing or Federal District Court review.

LOCAL COVERAGE DETERMINATIONS (LCDS) FOR COMMENTS

The following LCDs have been distributed for comments. Comments and recommendations received within the 45 day period will be considered when preparing the final version of the policy. You may send your suggestions by e-mail to amarrero@cosvi.com or regular mail to: Medical Director, PO Box 363428, San Juan, Puerto Rico, 00936-3428. To obtain hardcopies of the LCDs you may contact us.

New LCD: Blepharoplasty – LCD # 07-01-00

The starting date for the comment period was May 11, 2005 and the termination date is June 25, 2007.

The determination may be accessed at: <http://www.cosvimedicaid.com/images/blepharoplasty-draft.doc>

Revised LCD: Epoetin alfa (EPOGEN) & Darbepoetin alfa (ARANESP) for uses other than ESRD - 02-04-01

The starting date for the comment period was May 29, 2007 and the termination date is July 13, 2007. This determination may be accessed at: <http://www.cosvimedicaid.com/images/Epo-Aranesp%20FINAL%20DRAFT.doc>

ASUNTOS SOBRE NPI**INSTRUCCIONES PARA PROVEEDORES INSTITUCIONALES SOBRE LA FACTURACIÓN DE VACUNAS EN LOS CASOS DONDE NO HAY DISPONIBLE UN IDENTIFICADOR NACIONAL ÚNICO (NPI)****CR 4239**

Las reglamentaciones que implantan las provisiones para la Simplificación Administrativa de la ley HIPAA de 1996 requieren el uso del identificador nacional único para cubrir a proveedores y planes de salud (con excepción de los planes pequeños) efectivo el 23 de mayo de 2007. Esta instrucción provee las guías de facturación para los proveedores institucionales que facturan reclamaciones de vacunas en casos donde no hay disponible un NPI.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4239.pdf>

CAMBIOS A LA 2DA FASE DE NPI PARA LAS TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS 835, REMESA EN PAPEL Y CAMBIOS AL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES, CAPÍTULO 22-REMESA**CR 5081**

La siguiente información instruye a los mantenedores del sistema compartido (SSMs) y a los contratistas, sobre la divulgación del identificador único nacional (NPI) en una remesa de pago (RA, Remittance Advice) bajo diversos escenarios durante la 2da etapa de implantación del NPI y cambios al Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 22 – Remittance Advice.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5081.pdf>

ASUNTOS DE NPI RELACIONADOS CON PROVEEDORES QUE HAN FALLECIDO**CR 5508**

Proveedor individual que muere sin un NPI:

Si un proveedor muere antes de obtener un NPI, y las reclamaciones para ese proveedor son recibidas por un contratista de Medicare después del 23 de mayo de 2007, y ni el contratista de Medicare, OSCAR o el clearinghouse, si aplica, ni PECOS ha notificado de la muerte, las reclamaciones serán rechazadas por Medicare cuando sean recibidas sin el NPI del proveedor. En ese caso, las reclamaciones sometidas podrían esperar hasta hacer contacto con el contratista de Medicare para el cual las reclamaciones fueron sometidas, para discutir el pago e informar de la muerte del proveedor.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5508.pdf>

NPI SUBJECTS**CLAIMS SUBMISSION INSTRUCTIONS FOR INSTITUTIONAL PROVIDERS BILLING VACCINE CLAIMS IN CASES WHERE A NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) IS NOT AVAILABLE****CR 4239**

Regulations implementing the Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) require the use of National Provider Identifiers (NPIs) by covered health care providers and health plans (other than small plans) effective May 23, 2007. This instruction provides billing guidance for institutional providers billing vaccine claims in cases where an NPI is not available.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4239.pdf>

STAGE 2 NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) CHANGES FOR TRANSACTION 835, AND STANDARD PAPER REMITTANCE ADVICE AND CHANGES IN MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL, CHAPTER 22 - REMITTANCE ADVICE**CR 5081**

The following information instructs Shared System Maintainers (SSMs) and contractors about reporting National Provider Identifier (NPI) on a Remittance Advice (RA) under different scenarios during Stage 2 of NPI Implementation and changes in Medicare Claims Processing Manual, Chapter 22 - Remittance Advice.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5081.pdf>

NPI ISSUES RELATED TO DECEASED PROVIDERS**CR 5508**

Individual Provider Who Dies Without an NPI:

If a provider dies before obtaining an NPI, and claims for that provider are received by a Medicare contractor after May 23, 2007, and neither the Medicare contractor, OSCAR or the National Supplier Clearinghouse (NSC) contractor, if applicable, nor PECOS have been notified of the death, the claims will be rejected when received by Medicare due to the absence of the provider's NPI. At that point, the claim submitter would be expected to contact the Medicare contractor to which the claims were submitted to discuss payment of the claims and report the provider's death.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5508.pdf>

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA DEL IDENTIFICADOR NACIONAL (NPI) PARA PROVEEDORES QUE RECIBEN PAGO POR SERVICIOS (FFS)

CR5595

Durante algún periodo después del 23 de mayo de 2007, Medicare permitirá a los proveedores que reciben pagos por servicios el uso del número de proveedor (legacy number); también aceptará transacciones solamente con NPI, y transacciones con ambos identificadores: NPI y el número de proveedor. A partir del 23 de mayo de 2008, no se permitirá el número de proveedor en ninguna transacción. Medicare está evaluando en las reclamaciones sometidas, las entradas de NPI por servicios de salud. Tan pronto como el número de reclamaciones sometidas con un NPI de proveedores primarios sea suficiente para así hacerlo, Medicare comenzará a rechazar reclamaciones sin un NPI para los proveedores primarios siguiendo las instrucciones correspondientes. Medicare proveerá unos avisos adelantados a proveedores, contratistas de Medicare y a los sistemas compartidos (shared system) para indicar la fecha en que se comenzarán a rechazar las reclamaciones. Esta fecha dejará sin efecto todas las fechas previamente anunciadas a través de los cambios solicitados (CR, por sus siglas en inglés).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>

IDENTIFICADOR NACIONAL DE PROVEEDORES (NPI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

JSM 07368

Cuando la etapa 2 del NPI fue implantada el 2 de octubre de 2006, los proveedores fueron motivados a someter el NPI y el número de proveedor de Medicare (PIN u OSCAR) en sus reclamaciones. Sin embargo, durante este periodo los proveedores no fueron penalizados por las combinaciones inválidas del número de proveedor y el NPI.

Efectivo el 29 de mayo de 2007, el Intermediario Fiscal para la Parte A de Medicare (COSVI) comenzó a editar las combinaciones del número de proveedor y NPI para validar la información contra el archivo de intercambio de NPI. Donde un pareo de intercambio con NPI no se puede localizar, las reclamaciones son devueltas al proveedor o rechazadas.

Cuando la reclamación es devuelta, verifique que el NPI sometido es correcto. Si es correcto, usted necesitará verificar que su número de proveedor (OSCAR/PIN) corresponda al NPI en el archivo del Plan Nacional y Sistema de Enumeración del Proveedor (NPPES, por sus siglas en inglés). Puede acceder NPPES en: <https://nppes.cms.hhs.gov>.

Más información y educación sobre el NPI puede ser obtenida en la página de NPI de CMS, <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand> en el Website de CMS. Los proveedores pueden solicitar un NPI en <https://nppes.cms.hhs.gov>.

Si su información de NPPES está correcta y usted ha incluido TODOS los números de proveedor de Medicare (OSCAR) en NPPES, pero está experimentando problemas con sus reclamaciones que contienen un NPI válido, usted puede necesitar someter una aplicación de certificación de Medicare (es decir, la Forma CMS-855).

MEDICARE FEE FOR SERVICE (FFS) NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) IMPLEMENTATION CONTINGENCY PLAN

CR5595

For some period after May 23, 2007, Medicare FFS will allow continued use of legacy numbers; it will also accept transactions with only NPIs, and transactions with both NPI and legacy identifiers. After May 23, 2008, the legacy number will NOT be permitted on any inbound or outbound transaction. Medicare FFS has been assessing health care provider submission of NPIs on claims submitted. As soon as the number of claims submitted with an NPI for primary providers is sufficient to do so, Medicare will begin rejecting claims without an NPI for primary providers following appropriate notice. Medicare FFS will provide advanced notification to providers, Medicare contractors and the shared systems of the date they are to begin rejecting claims when a decision has been made to do so. That date will supersede all dates announced in previous CRs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI)

JSM 07368

When NPI Stage 2 was implemented on October 2, 2006, providers were encouraged to submit both the NPI and Medicare legacy identifier (PIN or OSCAR) on their claims. However, during this timeframe providers were not penalized for invalid NPI/legacy ID combinations.

Effective May 29, 2007, COSVI Part A began editing the NPI/legacy ID combinations for validity against the NPI crosswalk file. Where a match cannot be located on the crosswalk, claims will be returned to the provider rejected.

When the claim is returned, verify that the correct NPI was submitted. If correct, you will need to verify that your legacy identifier (OSCAR/PIN) number corresponds with the NPI on file with National Plan and Provider Enumeration System (NPPES). NPPES may be contacted online at <https://nppes.cms.hhs.gov>.

More information and education on the NPI may be found at the CMS NPI page, <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand> on the CMS website. Providers can apply for an NPI online at <https://nppes.cms.hhs.gov>.

If your NPPES information is correct and you have included ALL Medicare legacy identifiers (OSCAR) in NPPES, but you are experiencing problems with your claims that contain a valid NPI, you may need to submit a Medicare enrollment application (i.e., the CMS-855).



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.cosvimedicare.com

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.cosvimedicare.com

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