

NOTI MEDICARE

NotiMedicare Septiembre 2007 - Año 13 - Núm. 4

TABLA DE CONTENIDO

RECLAMACIONES

- Especificaciones del Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) versión 8.2 de Julio 2007 3
- Precio de Venta Promedio (ASP) Trimestral de Julio 2007 para Medicamentos en la Parte B, efectivo el 1 de julio de 2007
- Actualización trimestral de Julio 2007 para las tarifas de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suplidos
- Actualización anual para las Facilidades de Rehabilitación: Cambios al Pagador del Sistema de Pagos Prospectivos de 2008
- Actualización de Octubre 2007 del Código de Taxonomía para los Proveedores de Salud 4
- Códigos de remesa y actualización de los códigos de razón de ajustes
- Revisión a la certificación de servicios de hospital cubiertos por el Programa de Seguro Médico Suplementario relacionadas a servicios de ambulancia 5
- Información revisada sobre la codificación de PET Scan
- Cargos por citas no asistidas
- Laboratorio y Radiología: Ajustes al editaje de reclamaciones duplicadas en el Archivo de Trabajo Común (en inglés, CWF) para el componente técnico (TC) de radiología y servicios de patología
- Ajuste de pago al tratamiento de Oncología en un Sistema de Pago Prospectivo de las Facilidades Siquiátricas (IPF PPS) 6
- Nueva fecha límite para someter la Forma CMS-1500 (08-05)
- Actualización anual de los códigos del ICD-9-CM para los contratistas de Medicare 7
- Fecha de Servicio para especímenes de Laboratorio
- Actualización de Octubre 2007 al Medicare Physician Fee Schedule Database
- Actualización Trimestral de los editajes del Correct Coding Initiative, Versión 13.3, del 1 de octubre de 2007

CUBIERTA

- Modificación a la Política Nacional de Monitoreo para los agentes de estimulación para eritropoyesis (ESAs) 8
- Aclaración sobre las instrucciones al manual relacionadas con la extensión del beneficio de rayos x portátil
- Estimulación del Nervio Vago (VNS) para Depresión Resistente
- Procedimientos de Ultrasonido Diagnóstica 9

REVISIÓN MÉDICA

- Apelaciones de Decisiones de Reclamaciones: Designación de Representantes; Fraude y Abuso; Guías para escribir correspondencia de apelaciones; Divulgación de información 9
- Aclaración de los requisitos de facturación de la Angioplastia Transluminal Percutánea
- Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA) 10

FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO

- Actualización anual 2008 de los códigos para la Facturación Consolidada de las Facilidades de Cuidado Diestro 10
- Actualización 2008 del Pricer para el Sistema de Pagos Prospectivos (PPS) de las Facilidades de Cuidado Diestro
- Actualización trimestral de octubre 2007 de los códigos utilizados para la facturación consolidada de las facilidades de cuidado diestro

ARTÍCULOS ESPECIALES

- NPI requerido para inscribirse en el Intercambio de Datos Electrónicos (EDI, en inglés), actualización de los protocolos de telecomunicación y transmisión para EDI y eliminación de referencias obsoletas para las reclamaciones subrogadas de Medicaid 11
- Nuevo Proceso de Certificación de los Centros para Transplantes de Órganos

NOTI MEDICARE

NotiMedicare September 2007 - Year 13 - No. 4

TABLE OF CONTENT

BILLING

- July 2007 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 8.2 3
- July 2007 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File, Effective July 1, 2007
- July Quarterly Update for 2007 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule
- Inpatient Rehabilitation Facility (IRF) Annual Update: Prospective Payment System (PPS) Pricer Changes for FY 2008
- Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC) Update October 2007 4
- Remittance Advice Remark Code (RARC) and Claim Adjustment Reason Code (CARC) Update
- Revision to Certification for Hospital Services Covered by the Supplementary Medical Insurance Program as it Pertains to Ambulance Services
- Revised Information on PET Scan Coding 5
- Charges for Missed Appointments
- Laboratory and Radiology: Adjustment to Common Working File (CWF) Duplicate Claim Edit for the Technical Component (TC) of Radiology and Pathology Laboratory Services
- Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) for Oncology Treatment Payment Adjustment 6
- New Deadline for Required Submission of the Form CMS-1500
- Medicare Contractor Annual Update of the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)
- Date of Service for Laboratory Specimens 7
- October Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database
- Quarterly Update to Correct Coding Initiative (CCI) Edits, Version 13.3, Effective October 1, 2007

COVERAGE

- Modification to the National Monitoring Policy for Erythropoiesis Stimulating Agents (ESAs) 8
- Clarification of Manual Instruction Regarding the Scope of Portable X-Ray Benefit
- Vagus Nerve Stimulation (VNS) for Resistant Depression
- Ultrasound Diagnostic Procedures 9

MEDICAL REVIEW

- Appeals of Claims Decisions: Appointment of Representatives; Fraud and Abuse; Guidelines for Writing Appeals Correspondence; Disclosure of Information 9
- Clarification of Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) Billing Requirements
- Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) 10

SKILLED NURSING FACILITY

- 2008 Annual Update of HCPCS Codes for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB) 10
- Medicare Part A Skilled Nursing Facility (SNF) Prospective Payment System (PPS) Pricer Update FY 2008
- October Quarterly Update to 2007 Annual Update of HCPCS Codes Used for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing Enforcement

SPECIAL ARTICLES

- National Provider Identifier (NPI) Required to Enroll in Electronic Data Interchange (EDI), Update of Telecommunication and Transmission Protocols for EDI and Deletion of Obsolete Reference to Medicaid Subrogation Claims 11
- New Organ Transplant Centers Certification Process



Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña



RECLAMACIONES**ESPECIFICACIONES DEL INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (I/OCE) VERSIÓN 8.2 DE JULIO 2007****CR 5617**

Esta notificación provee las instrucciones del OCE Integrado y las especificaciones que serán utilizadas para aquellos que están y los que no están en un sistema de pagos prospectivos en los departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental comunitarios, para todos aquellos proveedores que no están en un sistema de pagos prospectivos, para servicios limitados cuando son provistos por una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar o para un paciente de hospicio en un tratamiento de una enfermedad no terminal.

PRECIO DE VENTA PROMEDIO (ASP) TRIMESTRAL DE JULIO 2007 PARA MEDICAMENTOS EN LA PARTE B, EFECTIVO EL 1 DE JULIO DE 2007**CR 5646**

Esta notificación está basada en la disponibilidad del archivo de precios de julio 2007 para medicamentos en la Parte B, como así también los archivos revisados de enero y abril 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5646.pdf>

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2007 PARA LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS**CR 5641**

Esta notificación provee las instrucciones específicas relacionadas con la actualización trimestral de Julio 2007 para las tarifas de DMEPOS. El pago basado en tarifas es requerido para Equipo Médico Duradero (DME), prótesis, ortóticos, ortopédicos y vendajes quirúrgicos por las secciones 1834 (a), (h) e (i) del Acta del Seguro Social.

ACTUALIZACIÓN ANUAL PARA LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN: CAMBIOS AL PAGADOR DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE 2008**CR 5694**

La Regla Final del IRF PPS para el 2008 publicó el 7 de agosto de 2007, una serie de tarifas del sistema de pagos prospectivos aplicables a los IRFs. Un nuevo programa del pagador para el sistema de pagos prospectivos de los IRF será publicado antes del 1 de octubre de 2007. Este programa contendrá las tarifas actualizadas que son efectivas para reclamaciones con altas que están dentro del 1 de octubre de 2007 al 30 de septiembre de 2008.

CLAIMS**JULY 2007 INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (I/OCE) SPECIFICATIONS VERSION 8.2****CR 5617**

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

JULY 2007 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE, EFFECTIVE JULY 1, 2007**CR 5646**

This notification is based on the availability of the July 2007 Average Sales Price (ASP) drug pricing file for Medicare Part B drugs as well as the revised January 2007 and April 2007 ASP files.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5646.pdf>

JULY QUARTERLY UPDATE FOR 2007 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE**CR 5641**

This Recurring Update Notification provides specific instructions regarding the July quarterly update for the 2007 DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, and surgical dressings by §1834(a), (h), and (i) of the Social Security Act.

INPATIENT REHABILITATION FACILITY (IRF) ANNUAL UPDATE: PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER CHANGES FOR FY 2008**CR 5694**

The FY 2008 IRF PPS Final Rule published on August 7, 2007, sets forth the prospective payment rates applicable for IRFs for FY 2008. A new IRF PRICER software package will be released prior to October 1, 2007 that will contain the updated rates that are effective for claims with discharges that fall within October 1, 2007 through September 30, 2008. The new revised Pricer program must be installed timely to ensure

El nuevo programa revisado debe instalarse a tiempo para asegurar los pagos adecuados de las reclamaciones de IRF PPS con altas que ocurren después del 1 de octubre de 2007 al 30 de septiembre de 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5694.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2007 DEL CÓDIGO DE TAXONOMÍA PARA LOS PROVEEDORES DE SALUD

CR 5673

Intermediarios, Carriers y Agencias de Equipo Médico deben obtener la lista más reciente que incluye los códigos de Taxonomía y utilizarla para actualizar las tablas de códigos (HPTC) internas.

El conjunto de códigos de Taxonomía es mantenido por el Comité Nacional de la Reclamación Uniforme (NUCC) para una clasificación estandarizada de los proveedores de salud. El NUCC actualiza el conjunto de códigos dos veces al año con los cambios del 1 de abril y el 1 de octubre.

La lista de códigos de Taxonomía está disponible en el website del Washington Publishing Company: <http://www.wpc-edi.com/code/taxonomy> en las siguientes dos formas. La primera forma es una lista en formato PDF libre de costo. La segunda forma es en una representación de la lista electrónica, disponible para la venta.

CÓDIGOS DE REMESA Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE RAZÓN DE AJUSTES

CR 5634

La ley de privacidad de 1996 instruye a los planes de salud a estar capacitados en cuanto al manejo de transacciones electrónicas adoptadas bajo HIPAA utilizando los códigos válidos estándar. Las políticas de Medicare establecen que los códigos de razón para ajustes son requeridos en la remesa de pago y en las transacciones de coordinación de beneficios. Las políticas de Medicare, además, establecen que los códigos de comentarios de la remesa son requeridos en las transacciones de remesa.

Los códigos de razón para ajustes proveen una explicación de por qué una cantidad ha sido ajustada y los códigos de comentarios de remesa proveen una explicación suplemental sobre los ajustes.

Los contratistas pueden comenzar a utilizar cualquiera de los códigos de remesa existentes con 16, 17, 96, 125 y A1. La lista más actualizada de códigos de remesa está disponible en: <http://www.wpc-edi.com/codes>.

REVISIÓN A LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITAL CUBIERTOS POR EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO SUPLEMENTARIO RELACIONADAS A SERVICIOS DE AMBULANCIA

CR 5684

Esta instrucción provee una certificación revisada para los servicios de hospital por el Programa de Seguro Médico Suplementario. La revisión es realizada para actualizar el capítulo 4 del manual sobre la Certificación y

accurate payments for the IRF PPS claims with discharges occurring on or after October 1, 2007 through September 30, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5694.pdf>

HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODES (HPTC) UPDATE OCTOBER 2007

CR 5673

Intermediaries, Carriers, and DME Contractors must obtain the most recent Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC) list and use it to update their internal HPTC tables.

The HPTC set is maintained by the National Uniform Claim Committee (NUCC) for standardized classification of health care providers. The NUCC updates the code set twice a year with changes effective April 1 and October 1.

The HPTC list is available from the Washington Publishing Company (WPC) <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy> in two forms. The first form is a free Adobe PDF download. The second form, available for purchase, is an electronic representation of the code set that facilitates automatic loading of the codes.

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE (RARC) AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE (CARC) UPDATE

CR 5634

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 instruct health plans to be able to behavior standard electronic transactions adopted under HIPAA using valid standard codes. Medicare policy states that Claim Adjustment Reason Codes (CARCs) are required in the remittance advice and coordination of benefits transactions. Medicare policy further states that Remittance Advice Remark Codes (RARCs) are required in the remittance advice transaction.

The CARC provides an explanation why an amount is being adjusted and the RARC provides supplemental explanation about the adjustment.

Contractors may start using any of the currently existing RARCs with 16, 17, 96, 125, and A1. The most current list of RARCs is available at: <http://www.wpc-edi.com/codes>

REVISION TO CERTIFICATION FOR HOSPITAL SERVICES COVERED BY THE SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE PROGRAM AS IT PERTAINS TO AMBULANCE SERVICES

CR 5684

This instruction furnishes the revised Certification for Hospital Services by the Supplementary Medical Insurance Program. The revision is being done to update the manual for Chapter 4 that pertains to Physician

Recertificación Médica de servicios y servicios de ambulancia.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5684.pdf>

INFORMACIÓN REVISADA SOBRE LA CODIFICACIÓN DE PET SCAN

CR 5665

La siguiente instrucción actualiza el manual para remover el código CPT 78609 del listado de códigos cubiertos y el código HCPCS A4641 de la lista de códigos de rastreadores aplicable. Estos cambios fueron efectivos el 28 de enero de 2005 para el código CPT 78609 y para el código HCPCS A4641 será efectivo el 1 de enero de 2008.

CARGOS POR CITAS NO ASISTIDAS

CR 5613

La política de CMS permite a los médicos y suplidores cobrar a los beneficiarios de Medicare por citas a las cuales no hayan asistido, siempre y cuando no discriminen contra los beneficiarios de Medicare y también cobren por citas perdidas a pacientes que no sean Medicare. El cargo por una cita perdida no es un cargo por un servicio en sí mismo (para el cual aplican las provisiones de cargos asignados y limitados), sino que es un cargo por una oportunidad de negocio perdida. Por lo tanto, si un médico o suplidor aplica la política de citas perdidas de igual forma (a pacientes Medicare y no-Medicare), la Ley y reglamentaciones de Medicare no prohíben a los médicos o suplidores de cobrar directamente al paciente Medicare.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5613.pdf>

LABORATORIO Y RADIOLOGÍA: AJUSTES AL EDITAJE DE RECLAMACIONES DUPLICADAS EN EL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN (EN INGLÉS, CWF) PARA EL COMPONENTE TÉCNICO (TC) DE RADIOLOGÍA Y SERVICIOS DE PATOLOGÍA

CR 5675

CMS ha determinado que algunos servicios de imagen realizados en las fechas de admisión y de alta, han sido denegados basado en el editaje implantado por el CR 5347. Los servicios de imagen y de patología realizados en la fecha de admisión y alta por entidades distintas al hospital que admite son pagados por separado.

Esta instrucción ajusta el editaje del archivo de trabajo común (en inglés, CWF) para excluir las fechas de admisión y de alta de los servicios de radiología y patología a fin de permitir el pago separado del componente técnico (TC) cuando es facturado por suplidores.

Certification and Recertification of Services and ambulance services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5684.pdf>

REVISED INFORMATION ON PET SCAN CODING

CR 5665

The following instruction updates the manual by removing CPT code 78609 from the list of covered codes and HCPCS code A4641 from the list of applicable tracer codes for PET scans. These changes became effective on January 28, 2005 for CPT code 78609 and will become effective January 1, 2008 for HCPCS code A4641.

CHARGES FOR MISSED APPOINTMENTS

CR 5613

CMS's policy is to allow physicians and suppliers to charge Medicare beneficiaries for missed appointments, provided that they do not discriminate against Medicare beneficiaries but also charge non-Medicare patients for missed appointments. The charge for a missed appointment is not a charge for a service itself (to which the assignment and limiting charge provisions apply), but rather is a charge for a missed business opportunity. Therefore, if a physician's or supplier's missed appointment policy applies equally to all patients (Medicare and non-Medicare), and then the Medicare law and regulations do not preclude the physician or supplier from charging the Medicare patient directly.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5613.pdf>

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

CR 5675

CMS has determined that some imaging services performed on the admission and discharge dates are being denied based on the edit implemented by CR 5347. Imaging and pathology services performed on the admission date and discharge date by entities other than the admitting hospital are separately payable.

This instruction adjusts the CWF edit to exclude the admission and discharge dates for radiology and pathology services so as to permit separate payment for the TC when billed by suppliers.

AJUSTE DE PAGO AL TRATAMIENTO DE ONCOLOGÍA EN UN SISTEMA DE PAGO PROSPECTIVO DE LAS FACILIDADES SIQUIÁTRICAS (IPF PPS)

CR5470

Un factor de ajuste de oncología se aplicará cuando aparezca el código de oncología en el encasillado del código principal o en algún otro encasillado de códigos de procedimientos. Este comunicado informa que el pagador de FISS pasará todos los códigos de procedimiento, incluyendo el código principal.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/Downloads/mm5470.pdf>

NEW DEADLINE FOR REQUIRED SUBMISSION OF THE FORM CMS-1500 (08-05)

CR 5616

En marzo de 2007, Medicare anunció que debido a asuntos relacionados con el formato de la versión anterior de la Forma CMS-1500 (12-90) ésta podría ser aceptada tentativamente hasta el 1 de junio de 2007.

Basado en información actual, se les requerirá a los proveedores comenzar a someter la Forma CMS-1500 (08-05) solamente desde el 2 de julio de 2007. Es importante observar que esta instrucción requiere el someter solamente la Forma CMS-1500 revisada, y no tiene nada que ver con la implantación del Identificador Nacional Único (NPI) ni instrucciones para someter el NPI antes del 2 de julio de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5616.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS DEL ICD-9-CM PARA LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE

CR 5643

El siguiente artículo les recuerda a los contratistas de Medicare y a proveedores que la actualización anual del ICD-9-CM será efectiva para fechas de servicio después del 1 de octubre de 2007 (para proveedores institucionales, efectivo en altas después del 1 de octubre de 2007).

Usted puede acceder los códigos nuevos, revisados y discontinuados del ICD-9-CM en la página interactiva de CMS en: http://www.cms.hhs.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/07_summarytables.asp#TopOfPage, ó en la página interactiva del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés): <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm> en junio de cada año.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5643.pdf>

INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS) FOR ONCOLOGY TREATMENT PAYMENT ADJUSTMENT

CR5470

An oncology adjustment factor should be applied when the oncology procedure code appears in either the principal procedure code field or any of the other procedure code fields. This transmittal states that FISS will pass Pricer all procedure codes, including the principal procedure code.

A provider education article related to this instruction will be available at:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/Downloads/mm5470.pdf>

NEW DEADLINE FOR REQUIRED SUBMISSION OF THE FORM CMS-1500

CR 5616

In March 2007, Medicare announced that due to format issues the previous version of the Form CMS-1500 (12-90) would continue to be accepted tentatively until June 1, 2007.

Based on the information at hand, providers will now be required to begin submitting the Form CMS-1500 (08-05) only beginning July 2, 2007. It is important to note that this instruction requires the submission of the revised Form CMS-1500 paper claim form only, and has no bearing on the implementation of the National Provider Identifier (NPI) nor mandates the submission of the NPI by July 2, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5616.pdf>

MEDICARE CONTRACTOR ANNUAL UPDATE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, NINTH REVISION, CLINICAL MODIFICATION (ICD-9-CM)

CR 5643

The following article reminds the Medicare contractors and providers that the annual ICD-9-CM update will be effective for dates of service on and after October 1, 2007 (for institutional providers, effective for discharges on or after October 1, 2007).

You can access the new, revised, and discontinued ICD-9-CM diagnosis codes on the CMS website at: http://www.cms.hhs.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/07_summarytables.asp#TopOfPage, or at the National Center for Health Statistics (NCHS) website at: <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm> in June of each year.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5643.pdf>

FECHA DE SERVICIO PARA ESPECÍMENES DE LABORATORIO**CR 5573**

Este artículo está basado en el cambio solicitado 5573, el cual implanta las revisiones a la política de fecha de servicio para pruebas realizadas con especímenes de laboratorio.

La regla general para la fecha de servicio de una prueba realizada para especímenes de laboratorio es la fecha en que el espécimen fue tomado. Si un espécimen es recogido en un periodo que se extiende dos días calendario, entonces la fecha de servicio debe ser la fecha en que finalizó el periodo de recolección.

La política actual para la fecha de servicio permite una excepción a la regla general para pruebas realizadas con un espécimen archivado. Si un espécimen fue almacenado por más de 30 días calendario antes de la prueba (conocida de otra manera como “especimen archivado”), la fecha de servicio de la prueba debe ser la fecha en que el espécimen fue obtenido del almacenaje.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5573.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2007 AL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE**CR 5714**

Los archivos de pago fueron publicados para carriers e intermediarios basados en la regla final del Medicare Physician Fee Schedule del 1 de diciembre de 2006. Esta solicitud de cambio enmienda aquellos archivos de pago e incluye los nuevos códigos para el Physician Quality Reporting Initiative.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5714.pdf>

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS EDITAJES DEL CORRECT CODING INITIATIVE, VERSIÓN 13.3, DEL 1 DE OCTUBRE DE 2007**CR 5703**

Las políticas desarrolladas para los códigos están basadas en los convenios de codificación definidos en el Manual de CPT de la Asociación Médica Americana, en los editajes de políticas nacionales y locales, en las guías de codificación desarrolladas por la sociedad nacional, en el análisis de guías médicas y practicas quirúrgicas y en la revisión de la práctica actual de codificación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5703.pdf>

DATE OF SERVICE FOR LABORATORY SPECIMENS**CR 5573**

This article is based on Change Request (CR) 5573 which implements revisions to the date of service (DOS) policy for tests performed on laboratory specimens.

The general rule for the date of service (DOS) of a test performed on a laboratory specimen is the date that the specimen is collected. If a specimen is collected over a period that spans two calendar days, then the DOS must be the date that the collection period ended.

The current DOS policy allows an exception to the general rule for tests performed on an archived specimen. If a specimen was stored for more than 30 calendar days before testing (otherwise known as “an archived specimen”), the DOS of the test must be the date that the specimen was obtained from storage.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5573.pdf>

OCTOBER UPDATE TO THE 2007 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE**CR 5714**

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5714.pdf>

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 13.3, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2007**CR 5703**

The coding policies developed are based on coding conventions defined in the American Medical Association’s CPT manual, national and local policies and edits, coding guidelines developed by national societies, analysis of standard medical and surgical practice and review of current coding practice.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5703.pdf>

CUBIERTA**MODIFICACIÓN A LA POLÍTICA NACIONAL DE MONITOREO PARA LOS AGENTES DE ESTIMULACIÓN PARA ERITROPOYESIS (ESAS)****CR 5700**

En el 2003, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid solicitaron una participación de la comunidad renal a fin de desarrollar una política nacional para el monitoreo de reclamaciones de agentes de estimulación eritropoyética, también referido como ESAs, administrado a pacientes renales que reciben diálisis en una facilidad renal. Después de una considerable participación de la comunidad de ESRD, CMS implantó la primera repetición de la política nacional para el monitoreo de ESA referida como EMP, efectivo para fechas de servicio después del 1 de abril de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5700.pdf>

ACLARACIÓN SOBRE LAS INSTRUCCIONES AL MANUAL RELACIONADAS CON LA EXTENSIÓN DEL BENEFICIO DE RAYOS X PORTÁTIL**CR 5536**

Actualmente el Manual de Políticas para Beneficios de Medicare, publicación 100-02, capítulo 15, sección 80.4.3, relacionada con la extensión de los beneficios de rayos x portátil no está de acuerdo con las reglamentaciones federales. La sección del manual indica que “tomas de esqueleto que envuelvan brazos y piernas” son servicios cubiertos bajo los beneficios de rayos x portátil. Sin embargo, la reglamentación indica que los beneficios incluyen “tomas de esqueleto que envuelvan extremidades”. Aunque, las diferencias en el lenguaje son insignificantes, el uso en la reglamentación de “extremidades” en lugar de “brazos y piernas”, describe una cubierta más allá de ‘brazos y piernas’ a las manos, pies, dedos, muñeca y tobillo. El lenguaje también ha sido revisado para incluir la cubierta de mamografías diagnósticas cuando se cumplen ciertos requisitos. Por lo tanto, a fin de que el manual esté en conformidad con las reglamentaciones, esta sección ha sido revisada.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5536.pdf>

ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS VAGO (VNS) PARA DEPRESIÓN RESISTENTE**CR 5612**

El propósito de esta instrucción es asegurar que CMS ha revisado la evidencia y concluido que el VNS no es razonable y necesario para pacientes con depresión persistente. Por consiguiente, CMS emitió una determinación nacional de no cubierta para esta indicación. La determinación nacional de cubierta (NCD) revisada puede ser encontrada en el Manual de NCD, sección 160.18, publicación 100-03. Las instrucciones para el procesamiento de reclamaciones pueden ser encontradas en el capítulo 32, sección 200 de la publicación 100-04 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones.

COVERAGE**MODIFICATION TO THE NATIONAL MONITORING POLICY FOR ERYTHROPOIESIS STIMULATING AGENTS (ESAS)****CR 5700**

In 2003, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) solicited input from the ESRD community in order to develop a national claims monitoring policy for erythropoiesis stimulating agents, also referred to as ESAs, administered to ESRD patients receiving dialysis in a renal dialysis facility. After considerable input from the ESRD community, CMS implemented the first iteration of the national ESA monitoring policy referred to as EMP, effective for dates of service on or after April 1, 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5700.pdf>

CLARIFICATION OF MANUAL INSTRUCTION REGARDING THE SCOPE OF PORTABLE X-RAY BENEFIT**CR 5536**

Currently the Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, chapter 15, section 80.4.3, relating to the scope of portable x-ray benefit is not in accordance with federal regulations. The manual section states that “skeletal films involving arms and legs” are covered services under the portable x-ray benefit. However, the regulation states that the benefit includes “skeletal films involving extremities”. Although, the language differences are slight, the use of “extremities” in the regulation instead of “arms and legs” delineates coverage beyond ‘arms and legs’ to the hands, feet, toes, fingers, wrist and ankle. Language is also being added to include the coverage of diagnostic mammograms, when certain requirements are met. Therefore, in order to be conformance the manual to the regulations, this section of the manual is being revised.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5536.pdf>

VAGUS NERVE STIMULATION (VNS) FOR RESISTANT DEPRESSION**CR 5612**

The purpose of this instruction is to ensure that CMS has reviewed the evidence and concluded that VNS is not reasonable and necessary for patients with resistant depression. Accordingly, CMS issued a national noncoverage determination for this indication. The revised NCD can be found in section 160.18 of Pub.100-03, Medicare NCD Manual. Claims processing instructions can be found in chapter 32, section 200 of Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5612.pdf>

PROCEDIMIENTOS DE ULTRASONIDO DIAGNÓSTICA

CR 5608

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 17 de mayo de 2007 en adelante, CMS determinó que el monitoreo del rendimiento cardíaco mediante doppler esofágico en pacientes ventilados en la ICU y pacientes de operación con una necesidad de optimización de fluidos intra-operatorio es razonable y necesaria. Por lo tanto, se ha enmendado la NCD para los procedimientos de ultrasonido diagnóstico en la sección 220.5, publicación 100-03, del Manual de Determinaciones Nacionales de Cubierta para añadir "Monitoring of cardiac output (Esophageal Doppler) for ventilated patients in the ICU and operative patients with a need for intra-operative fluid optimization" a la categoría I (procedimientos cubiertos), y eliminar el "Monitoring of cardiac output (Doppler)" de la categoría II (procedimientos no cubiertos).

REVISIÓN MÉDICA

APELACIONES DE DECISIONES DE RECLAMACIONES: DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES; FRAUDE Y ABUSO; GUÍAS PARA ESCRIBIR CORRESPONDENCIA DE APELACIONES; DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

CR 5460

El propósito de esta instrucción es notificar a los contratistas de Medicare sobre los cambios a las provisiones del manual que conducen la designación de representantes, fraude y abuso, guías para escribir correspondencia de apelaciones y la divulgación de información.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5460.pdf>

ACLARACIÓN DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN DE LA ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA

CR 5667

El propósito de esta aclaración es asegurar que estas reclamaciones sean pagadas apropiadamente. La determinación nacional de cubierta (NCD) publicada el 17 de marzo de 2005 provee una cubierta para los pacientes con estenosis de la arteria carótida sintomática que cumplen con los criterios de cubierta especificados en la política. Según establece la NCD, los pacientes que experimentan un derrame cerebral no incapacitante (escala de Rankin modificada <3) son considerados sintomáticos y por lo tanto, elegibles para la cubierta; sin embargo, aquellos pacientes que experimentan derrames cerebrales incapacitantes (escala de Rankin modificada >3) no son elegibles para dicha cubierta.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5667.pdf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5612.pdf>

ULTRASOUND DIAGNOSTIC PROCEDURES

CR 5608

Effective for claims with dates of service on and after May 17, 2007, CMS determines that esophageal Doppler monitoring of cardiac output for ventilated patients in the ICU and operative patients with a need for intra-operative fluid optimization is reasonable and necessary. Therefore, has been amending the NCD for Ultrasound Diagnostic Procedures at section 220.5, of Pub. 100-03, of the NCD Manual, by adding "Monitoring of cardiac output (Esophageal Doppler) for ventilated patients in the ICU and operative patients with a need for intra-operative fluid optimization" to Category I (covered procedures), and deleting "Monitoring of cardiac output (Doppler)" from Category II (non-covered procedures).

MEDICAL REVIEW

APEALS OF CLAIMS DECISIONS: APPOINTMENT OF REPRESENTATIVES; FRAUD AND ABUSE; GUIDELINES FOR WRITING APPEALS CORRESPONDENCE; DISCLOSURE OF INFORMATION

CR 5460

The purpose of this instruction is to notify Medicare contractors about changes to the manual provisions that address the appointment of representatives, fraud and abuse, guidelines for writing appeals correspondence, and the disclosure of information.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5460.pdf>

CLARIFICATION OF PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) BILLING REQUIREMENTS

CR 5667

The purpose of this clarification is to ensure that these claims are paid appropriately. The NCD released on March 17, 2005 provides coverage for patients with symptomatic carotid artery stenosis who meet the coverage criteria specified in the policy. As stated in the NCD, patients who experience non-disabling stroke (modified Rankin scale <3) are considered to be symptomatic and therefore eligible for coverage; however, patients who experience disabling strokes (modified Rankin scale >3) are not eligible for coverage.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5667.pdf>

ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA)**CR 5660**

CMS ha revisado la evidencia y determinado que la cubierta para esta Determinación Nacional de Cubierta (NCD) podría permanecer sin cambios. Las revisiones a este NCD han sido realizadas únicamente para aclarar el uso de PTA para beneficiarios de alto riesgo de un CEA y el proceso que las facilidades deben seguir para la certificación y recertificación.

FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO**ACTUALIZACIÓN ANUAL 2008 DE LOS CÓDIGOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO****CR 5696**

Esta instrucción está basada en el cambio solicitado 5696, el cual provee la actualización anual de los códigos para la facturación consolidada de SNF y cómo la actualización afecta los editajes en el sistema para el procesamiento de reclamaciones de Medicare.

El cambio solicitado 5696 provee la actualización de los códigos que serán utilizados para revisar los editajes en el archivo de trabajo común para permitir a los Intermediarios realizar los pagos apropiados de acuerdo con la política de facturación consolidada de los SNF incluida en el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, capítulo 6, sección 20.6.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5696.pdf>

ACTUALIZACIÓN 2008 DEL PRICER PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (PPS) DE LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO**CR 5688**

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) publicaron en el Federal Register del 31 de julio de 2006, las tarifas de pago para el 2007 de las facilidades de cuidado diestro (esto es, comenzando el 1 de octubre de 2006 hasta el 30 de septiembre de 2007). CMS publicó una nota correctiva para las tarifas de 2007 de las facilidades de cuidado diestro el 29 de septiembre de 2006. La metodología actualizada es idéntica a la utilizada el año anterior e incluirá el reembolso de los MMA para los beneficiarios con AIDS. El estatuto ordena una actualización para las tarifas Federales utilizando la última tasa de mercado (market basket).

Las tarifas para el sistema de pagos prospectivos de SNF serán efectivas el 1 de octubre de 2007, y publicadas en el Federal Register antes de esa fecha.

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2007 DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO**CR 5636**

Esta notificación provee las actualizaciones a la lista de códigos que están sujetos

PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA)**CR 5660**

CMS has reviewed the evidence and determined that coverage for this NCD should remain unchanged. Revisions to this NCD have been made solely to clarify the use of PTA for beneficiaries at high risk for CEA and the process facilities must follow for certification and recertification.

SKILLED NURSING FACILITY**2008 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)****CR 5696**

This instruction is based on Change Request (CR) 5696, which provides the 2008 annual update of HCPCS Codes for SNF CB and how the updates affect edits in Medicare claims processing systems.

CR5696 provides updates to HCPCS codes that will be used to revise CWF edits to allow FIs to make appropriate payments in accordance with policy for SNF CB in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 6, Section 20.6.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5696.pdf>

MEDICARE PART A SKILLED NURSING FACILITY (SNF) PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER UPDATE FY 2008**CR 5688**

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) published the SNF payment rates for FY 2007 (that is, beginning October 1, 2006 through September 30, 2007), in the Federal Register on July 31, 2006. CMS published a Correction Notice to the SNF payment rates for FY 2007 on September 29, 2006. The update methodology is identical to that used in the previous year and will include the MMA reimbursement for beneficiaries with AIDS. The statute mandates an update to the Federal rates using the latest SNF full market basket.

The SNF PPS rates will be effective October 1, 2007, and published in the Federal Register before that date.

OCTOBER QUARTERLY UPDATE TO 2007 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT**CR 5636**

This notification provides updates to the lists of Healthcare Common

a la provisión de facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos de las facilidades de cuidado diestro de enfermería.

A fin de asegurar un pago apropiado en todos los departamentos, los sistemas de Medicare deben revisar los servicios provistos a los beneficiarios de SNF tanto los incluidos como excluidos de la facturación consolidada de SNF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5636.pdf>

ARTICULOS ESPECIALES

NPI REQUERIDO PARA INSCRIBIRSE EN EL INTERCAMBIO DE DATOS ELECTRÓNICOS (EDI, EN INGLÉS), ACTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE TELECOMUNICACIÓN Y TRANSMISIÓN PARA EDI Y ELIMINACIÓN DE REFERENCIAS OBSOLETAS PARA LAS RECLAMACIONES SUBROGADAS DE MEDICAID

CR 5637

Un proveedor debe obtener ahora un NPI antes de inscribirse para el uso de EDI. La información obsoleta sobre la conectividad de EDI ha sido actualizada. Una referencia obsoleta para reclamaciones subrogadas de Medicaid ha sido eliminada.

NUEVO PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE LOS CENTROS PARA TRANSPLANTES DE ÓRGANOS

JSM 07454

El 30 de marzo de 2007, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una nueva reglamentación autorizando la inspección y certificación de los centros de trasplante. Previo a esta nueva reglamentación, los centros para trasplante de órganos eran aprobados como participantes de Medicare a través de las Condiciones de Cubierta de Etapa Terminal de Enfermedad Renal (ESRD) (programas renales) o determinaciones nacionales de cubierta (programas no renales). La nueva reglamentación establece las condiciones de participación para todos los centros de trasplantes cubiertos.

A partir del 28 de junio de 2007 todos los centros de trasplante de hospital actualmente aprobados como participantes de Medicare (aprobados bajo las condiciones de cubierta de ERSD o determinaciones nacionales de cubierta) tienen que someter una solicitud para una nueva aprobación bajo las Condiciones de Participación establecidas por la nueva reglamentación. Las solicitudes deben ser sometidas a CMS no más tarde del 26 de diciembre de 2007 (180 días a partir de la fecha de efectividad de la reglamentación). En adición, después del 28 de junio de 2007, los centros de trasplantes que deseen una certificación de Medicare por primera vez, deben enviar una solicitud a CMS con la misma información establecida por la nueva reglamentación.

CMS estará llevando a cabo actividades sobre este asunto dirigidas a los hospitales de cuidado agudo y proveedores de facilidades renales, a través de anuncios enviados por listserv.

Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (PPS).

In order to assure proper payment in all settings, Medicare systems must edit for services provided to SNF beneficiaries both included and excluded from SNF CB.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5636.pdf>

SPECIAL ARTICLES

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) REQUIRED TO ENROLL IN ELECTRONIC DATA INTERCHANGE (EDI), UPDATE OF TELECOMMUNICATION AND TRANSMISSION PROTOCOLS FOR EDI AND DELETION OF OBSOLETE REFERENCE TO MEDICAID SUBROGATION CLAIMS

CR 5637

A provider must now obtain an NPI prior to enrolling for use of EDI. Obsolete information on EDI connectivity has been updated. An obsolete reference to Medicaid subrogation claims has been deleted.

NEW ORGAN TRANSPLANT CENTERS CERTIFICATION PROCESS

JSM 07454

On March 30, 2007, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued a new regulation authorizing the survey and certification of transplant centers. Prior to this new regulation, organ transplant centers were approved for Medicare participation either through End Stage Renal Disease (ESRD) Conditions of Coverage (renal programs) or National Coverage Determinations (non-renal programs). The new regulation established Conditions of Participation for all covered organ transplant centers.

As of June 28, 2007, all hospital transplant centers currently approved for Medicare participation (approved either under the ESRD Conditions of Coverage or the National Coverage Determinations) must submit a request for new approval under the Conditions of Participation established by the new regulation. Requests must be submitted to CMS by DECEMBER 26, 2007 (180 days from the effective date of the regulation). In addition, after June 28, 2007, transplant centers desiring "first time" Medicare certification must send a request to CMS with the same information established by the new regulation.

CMS will be conducting outreach on this subject to acute care hospitals, ESRD providers, and physicians via listserv announcements.



NOTI MEDICARE



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