

NOTI MEDICARE

NotiMedicare Diciembre 2007 - Año 14 - Núm. 1

TABLA DE CONTENIDO

RECLAMACIONES

- Primas y Deducibles de Medicare para el 2008 3
- Actualización del sistema de pagos prospectivos para Octubre 2007:
Resumen de las políticas de pago
- Especificaciones del OCE Integrado (I/OCE) Versión 8.3 de Octubre 2007 4
- Cambios para el 2008 al sistema de pagos prospectivos hospitalarios, facilidades de cuidado prolongado y facilidades psiquiátricas
- Actualización de la remesa (RARC, por sus siglas en inglés) y los códigos de razón (CARC, por sus siglas en inglés)
- Asignación permitida para las vacunas de Influenza y Neumococos basado en el 95 por ciento del precio de venta promedio (AWP)
- Pruebas e implantación de cambios al sistema de pagos de los centros de cirugía ambulatoria 5
- Procedimientos para Imagen de Resonancia Magnética (MRI)
- Reemplazo artificial del disco lumbar (LADR) 6
- Literatura médica utilizada para determinar indicaciones médicamente aceptadas para drogas y biológicos utilizados en un tratamiento anti-cáncer
- Nuevo código 70 para el estatus de alta del paciente
- Revisiones a la lista de ZIP Code de 9 dígitos 7
- Actualización del Comité Nacional para la Facturación Uniforme
- Actualización de los cargos razonables para el 2008 de tablillas, yesos, suplidos y equipos para diálisis y lente intraocular
- Requisitos para la orden y seguimiento órdenes de pruebas diagnósticas
- Factor de inflación de ambulancia (AIF) para el 2008 8
- Actualización 2008 para la lista de códigos de terapia

IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI)

- Como manejar el Identificador Nacional Único (NPI) en órdenes/ referidos de proveedor de reclamaciones Medicare
- Actualización de los requisitos para someter la notificación del Número de Identificación Único 9
- Rechazo de las solicitudes de estatus de facturas X12 276 que les falta un Identificador Nacional Único (NPI)
- Cambios a la 3era etapa del NPI para las transacciones 835 y remesa en papel

ARTÍCULOS ESPECIALES

- CMS anuncia las primas y deducibles para el 2008 9
- Nuevo Web Site para los centros de trasplantes 10
- Tarifas duplicadas registradas para trasplantes 11

NOTI MEDICARE

NotiMedicare December 2007 - Year 14 - No. 1

TABLE OF CONTENT

CLAIMS

- Deductibles and premiums rates for Medicare effective January 1, 2008 3
- October 2007 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS): Summary of Payment Policy Changes
- October 2007 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 8.3
- Fiscal Year (FY) 2008 Inpatient Prospective Payment System (IPPS), Long Term Care Hospital (LTCH) PPS, and Inpatient Psychiatric Facility (IPF) PPS Changes 4
- Remittance Advice Remark Code (RARC) and Claim Adjustment Reason Code (CARC) Update
- Allowances for the Influenza Virus Vaccine and the Pneumococcal Vaccine When Payment is Based on 95 Percent of the Average Wholesale Price (AWP)
- Testing and Implementation of 2008 Ambulatory Surgical Center (ASC) Payment System Changes 5
- Magnetic Resonance Imaging (MRI) Procedures
- Lumbar Artificial Disc Replacement (LADR) 6
- Medical Literature Used to Determine Medically Accepted Indications for Drugs and Biologicals Used in Anti-Cancer Treatment
- New Patient Status Discharge Code 70
- Revisions to 9-Digit ZIP Code List 7
- National Uniform Billing Committee (NUBC) Update
- Reasonable Charge Update for 2008 for Splints, Casts, Dialysis Supplies, Dialysis Equipment, and Certain Intraocular Lenses
- Requirements for Ordering and Following Orders for Diagnostic Tests
- Ambulance Inflation Factor for CY 2008 8
- 2008 Annual Update to the Therapy Code List

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI)

- How to Handle the National Provider Identifier (NPI) for Ordering/ Referring provider for Medicare Claims
- Update to Requirement to Submit National Provider Identifier (NPI) Notification 9
- Rejection of X12 276 Claim Status Requests That Lack National Provider Identifiers (NPIs)
- Stage 3 NPI Changes for Transaction 835 and Standard Paper Remittance Advice

SPECIAL ARTICLES

- CMS Announces Medicare Premiums, Deductibles for 2008 9
- New Web Site for Approved Transplant Centers 10
- Duplicative Transplant Registry Fees 11



Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña



RECLAMACIONES

PRIMAS Y DEDUCIBLES DE MEDICARE PARA EL 2008

Primas

Prima de la Parte A – (Seguro de Hospital)

- \$423.00 mensual (personas con menos de 30 créditos, Seguro Social)
- \$233.00 mensual (personas con 30 a 39 créditos)

Prima de la Parte B - (Seguro Médico)

- \$96.40 mensual

Deducibles y Coaseguros de Medicare:

Parte A – Seguro de Hospital

- \$1,024.00 por los primeros 60 días (por periodo de beneficios)
- \$256.00 diario (de 61 a 90 días)
- \$512.00 diario (de 91 a 150 días)

Coaseguro SNF

- Por los primeros 20 días, no paga nada
- \$128.00 (de 21 a 100 días)

Parte B – Seguro Médico

- \$135.00 deducible anual

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA OCTUBRE 2007: RESUMEN DE LAS POLÍTICAS DE PAGO

CR 5718

La siguiente instrucción describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implantados en la actualización de octubre 2007. El OCE integrado (I/OCE) de octubre 2007 y el pagador del sistema de pagos prospectivos reflejará los cambios y exclusiones realizados a los códigos de procedimiento HCPCS, APC's, HCPCS Modifier y Revenue Codes identificados en esta notificación. Las revisiones de octubre 2007 al archivo de datos del I/OCE, Instrucciones y especificaciones son provistas en el Cambio Solicitado (CR) 5723, "Especificaciones de Octubre 2007 versión 8.3 del OCE Integrado".

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5718.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL OCE INTEGRADO (I/OCE) VERSIÓN 8.3 DE OCTUBRE 2007

CR 5723

El editor de códigos ambulatorios integrado (I/OCE) fue actualizado el 1 de octubre de 2007. Las rutas del OCE Integrado para todas las reclamaciones ambulatorias institucionales (las cuales incluyen reclamaciones que no están en un sistema de pagos prospectivos) a través de un OCE integrado simple,

CLAIMS

DEDUCTIBLES AND PREMIUMS RATES FOR MEDICARE EFFECTIVE JANUARY 1, 2008

Medicare Premiums for 2008

Part A Premium - (Hospital Insurance)

- \$423.00 per month for those who must pay a premium
- \$233.00 per month for those who have 30 to 39 quarters of coverage

Part B - (Medical Insurance) Premium

- \$96.40 per month

Medicare Deductible and Coinsurance Amounts for 2008:

Part A - Hospital Insurance

- \$1,024.00 for the first 60 days (per benefit period)
- \$256.00 daily (61 – 90 days)
- \$512.00 daily (91 – 150 days)

SNF Coinsurance

- \$128.00 daily (for the 21st - 100th day each benefit period)

Part B - Medical Insurance

- \$135.00 annual deductible

OCTOBER 2007 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS): SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES

CR 5718

The following instruction describes changes to, and billing instructions for, various payment policies implemented in the October 2007 OPSS update. The October 2007 Integrated Code Editor (I/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 identified in this notification. October 2007 revisions to I/OCE data files, instructions, and specifications are provided in Change Request (CR) 5723, "October 2007 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 8.3".

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5718.pdf>

OCTOBER 2007 INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (I/OCE) SPECIFICATIONS VERSION 8.3

CR 5723

The Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) was updated for October 1, 2007. The I/OCE routes all institutional outpatient claims (which includes non-OPSS hospital claims) through a single integrated OCE eliminating the need to update, install, and maintain two separate OCE

elimina la necesidad de actualizar, instalar y mantener dos programas de OCE separados en una base trimestral. Las reclamaciones con fechas de servicio previo al 1 de octubre de 2007 deben ser conducidas a través de las versiones no integradas de los programas de OCE (con y sin un sistema de pagos prospectivos) que coincida con las versiones efectivas para la fecha de servicio de la reclamación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5723.pdf>

CAMBIOS PARA EL 2008 AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS HOSPITALARIOS, FACILIDADES DE CUIDADO PROLONGADO Y FACILIDADES PSIQUIÁTRICAS

CR 5748

Este artículo presenta los cambios al sistema de pagos prospectivos hospitalarios y a las políticas de pagos de las facilidades de cuidado prolongado basado en la regla final del 2008. Este cambio también incluye los códigos del ICD-9 que afectan el ajuste de comorbilidad en un sistema de pagos de una facilidad psiquiátrica.

ACTUALIZACIÓN DE LA REMESA (RARC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y LOS CÓDIGOS DE RAZÓN (CARC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

CR 5721

Para la transacción 835 (Health Care Claim Payment/Advice) y la remesa en papel standard, hay dos conjuntos de códigos -Claim Adjustment Reason Code (CARC) y Remittance Advice Remark Code (RARC)- estos deben utilizarse para informar los ajustes de pago, apelaciones e información relacionada. Además, para la transacción 837 COB, debe ser utilizado el CARC. Estos conjuntos de códigos son actualizados en una base regular.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5721.pdf>

ASIGNACIÓN PERMITIDA PARA LAS VACUNAS DE INFLUENZA Y NEUMOCOCOS BASADO EN EL 95 POR CIENTO DEL PRECIO DE VENTA PROMEDIO (AWP)

CR 5744

Esta notificación anual provee la asignación de pago para las vacunas de Influenza y Neumococos cuando el pago está basado en el 95 por ciento del precio de venta promedio. Efectivo el 1 de septiembre de 2007, la asignación de pago en la Parte B para estas situaciones es como sigue:

Los pagos para la vacuna de Influenza para:

- CPT 90655 es de \$16.109;
- CPT 90656 es de \$17.366;
- CPT 90657 es de \$6.609;

software packages on a quarterly basis. Claims with dates of service prior to July 1, 2007 should be routed through the non-integrated versions of the OCE software (OPPS and non-OPPS OCEs) that coincide with the versions in effect for the date of service on the claim.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5723.pdf>

FISCAL YEAR (FY) 2008 INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS), LONG TERM CARE HOSPITAL (LTCH) PPS, AND INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY (IPF) PPS CHANGES

CR 5748

This article presents the changes to the IPPS and LTCH PPS payment policies based on the FY 2008 IPPS final rule. It also includes the ICD-9-CM coding changes that affect the IPF PPS comorbidity adjustment.

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

CR 5721

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5721.pdf>

ALLOWANCES FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE AND THE PNEUMOCOCCAL VACCINE WHEN PAYMENT IS BASED ON 95 PERCENT OF THE AVERAGE WHOLESALE PRICE (AWP)

CR 5744

This annual notification provides the payment allowances for the influenza virus and the pneumococcal vaccines when payment is based on 95 percent of the average wholesale price. Effective September 1, 2007, the Medicare Part B payment allowance in these situations is as follows:

Influenza vaccine payments are:

- CPT 90655 is \$16.109;
- CPT 90656 is \$17.366;

- CPT 90658 es de \$13.218; y
- CPT 90660 (Flu Mist, a nasal influenza vaccine) es de \$21.176. Los proveedores deben notar que el CPT 90660 puede ser cubierto en aquellos casos donde el contratista local de Medicare determina que su uso es médicamente razonable y necesario para el beneficiario.

Los pagos para la vacuna de Neumococos para:

- CPT 90732 es de \$29.730; y
- CPT 90669 es de \$78.803.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5744.pdf>

PRUEBAS E IMPLANTACIÓN DE CAMBIOS AL SISTEMA DE PAGOS DE LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

CR 5680

Efectivo para fechas de servicio después del 1 de enero de 2008, Medicare implantará para los centros de cirugía ambulatoria un sistema de pagos revisado. Los componentes y políticas del sistema revisado serán explicados en el Transmittal 1245.

Además de las instrucciones revisadas del sistema de pagos, los contratistas pagarán una cantidad reducida para ciertos procedimientos cuando los centros de cirugía ambulatoria reciban un crédito parcial de más de un 20 por ciento del costo del dispositivo. Para ciertos códigos de procedimientos que incluyen el pago de un dispositivo, a los centros de cirugía ambulatoria les será requerido incluir un modificador FC en el código de procedimiento para informar que el centro de cirugía ambulatoria recibió un crédito parcial de más de un 20 por ciento del costo del dispositivo. Para aquellos códigos de procedimientos donde el modificador FC pueda ser aplicable, CMS proveerá a los contratistas un precio para ambos códigos de procedimiento con o sin el modificador FC. La determinación de precios para el modificador FC es realizado antes de la aplicación de las reducciones de precio para los procedimientos múltiples.

PROCEDIMIENTOS PARA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

CR 5677

Efectivo el 1 de enero de 2007, se realizará un pago separado por el contraste utilizado en varios procedimientos de imagen. El costo del contraste ya no será incluido en la práctica de gastos de valores relativos en las unidades de los procedimientos. En adición, para los códigos de CPT representados en los procedimientos de imagen, un código apropiado "Q" (Q9945- Q9954; Q9958- Q9964) puede ser facturado separadamente y el pago por el contraste medio utilizado en la realización del servicio.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5677.pdf>

- CPT 90657 is \$6.609;
- CPT 90658 is \$13.218; and
- CPT 90660 (Flu Mist, a nasal influenza vaccine) is \$21.176 and providers should note that CPT 90660 may be covered in those cases where the local Medicare contractor determines that its use is medically reasonable and necessary for the beneficiary.

Pneumococcal vaccine payments are:

- CPT 90732 is \$29.730; and
- CPT 90669 is \$78.803.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5744.pdf>

TESTING AND IMPLEMENTATION OF 2008 AMBULATORY SURGICAL CENTER (ASC) PAYMENT SYSTEM CHANGES

CR 5680

Effective for dates of service on or after January 1, 2008, Medicare will implement a revised ASC payment system. The components and policies of the revised system are explained in Transmittal 1245.

In addition to the revised payment system instructions, contractors will pay ASCs a reduced amount for certain procedures when the ASC receives a partial credit for more than 20 percent of the cost of the device. For certain procedure codes that include payment for a device, ASCs will be required to include an FC modifier on the procedure code to report that the ASC received a partial credit for more than 20 percent of the cost of the device. For those procedure codes where the FC modifier may be applicable, CMS will provide contractors with a price for the procedure code both with and without the FC modifier. The FC modifier pricing determination is performed prior to the application of the multiple procedure pricing reductions.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) PROCEDURES

CR 5677

Effective January 1, 2007, separate payment is made for the contrast media used in various imaging procedures. The cost of the contrast media is no longer included in the practice expense relative values units for the procedures. In addition to the CPT code representing the imaging procedure, the appropriate HCPCS "Q" code (Q9945-Q9954; Q9958-Q9964) can be separately billed and paid for the contrast medium utilized in performing the service.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5677.pdf>

REEMPLAZO ARTIFICIAL DEL DISCO LUMBAR (LADR)**CR 5727**

Efectivo para servicios realizados después del 14 de agosto de 2007, CMS encontró que el LADR no es razonable ni necesario para la población Medicare mayor de 60 años. Por lo tanto, el LADR no está cubierto para beneficiarios de Medicare mayores de 60 años así identificados en la sección 150.10, publicación 100-03, del Manual de NCD.

Para beneficiarios de Medicare de 60 años o menos, no hay una NCD lo que permite que tales determinaciones sean realizadas por los contratistas locales.

LITERATURA MÉDICA UTILIZADA PARA DETERMINAR INDICACIONES MÉDICAMENTE ACEPTADAS PARA DROGAS Y BIOLÓGICOS UTILIZADOS EN UN TRATAMIENTO ANTI-CÁNCER
CR 5729

CMS añadió a la lista actual del Capítulo 15, Sección 50.4.5 del Manual de Políticas de Beneficios de Medicare las siguientes publicaciones:

Annals of Oncology
 Biology of Blood and Marrow Transplantation
 Bone Marrow Transplantation
 Gynecologic Oncology
 Clinical Cancer Research
 International Journal of Radiation, Oncology, Biology, and Physics
 Journal of NCCN
 Radiation Oncology
 Annals of Surgical Oncology
 Journal of Urology
 Lancet Oncology

CMS no está eliminando ninguno de las publicaciones actuales a este momento.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5729.pdf>

NUEVO CÓDIGO 70 PARA EL ESTATUS DE ALTA DEL PACIENTE
CR 5764

La siguiente información provee las instrucciones de implantación de un nuevo código 70 para el estatus de alta del paciente y un cambio en la definición existente del código 05 (estatus de alta del paciente).

La localidad 17 de la UB-04 y de su equivalente electrónico es un campo requerido en todas las reclamaciones institucionales. Este código indica la disposición o estatus de alta del beneficiario en la reclamación sometida. El NUBC aprobó el código 70 para el estatus de alta del paciente y lo definió como “discharge/transfer to another type of health care institution not defined elsewhere in the code list.” Este código es efectivo para uso de los proveedores, para las fechas de alta después del 1 de abril de 2008.

LUMBAR ARTIFICIAL DISC REPLACEMENT (LADR)**CR 5727**

Effective for services performed on or after August 14, 2007, the CMS has found that LADR is not reasonable and necessary for the Medicare population over 60 years of age. Therefore, LADR is non-covered for Medicare beneficiaries over 60 years of age as identified in section 150.10, of Pub.100-03, the NCD Manual.

For Medicare beneficiaries 60 years of age and younger, there is no NCD, leaving such determinations to continue to be made by the local contractors.

MEDICAL LITERATURE USED TO DETERMINE MEDICALLY ACCEPTED INDICATIONS FOR DRUGS AND BIOLOGICALS USED IN ANTI-CANCER TREATMENT
CR 5729

CMS is adding to the current list at chapter 15, section 50.4.5 of the Medicare Benefit Policy Manual the following journals:

Annals of Oncology
 Biology of Blood and Marrow Transplantation
 Bone Marrow Transplantation
 Gynecologic Oncology
 Clinical Cancer Research
 International Journal of Radiation, Oncology, Biology, and Physics
 Journal of NCCN
 Radiation Oncology
 Annals of Surgical Oncology
 Journal of Urology
 Lancet Oncology

CMS is not deleting any of the current journals at this time.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5729.pdf>

NEW PATIENT STATUS DISCHARGE CODE 70
CR 5764

The following information provides implementing instructions for a new patient discharge status code 70 and a definition change to existing patient discharge status code 05.

Field Locator 17 of the UB-04 and its electronic equivalent is a required field on all institutional claims. This code indicates the disposition or discharge status of the beneficiary on the submitted claim. The NUBC approved patient status code 70 and defined it as “discharge/transfer to another type of health care institution not defined elsewhere in the code list.” This code is effective for use by providers for discharges dates on or after April 1, 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5764.pdf>

REVISIONES A LA LISTA DE ZIP CODE DE 9 DÍGITOS

CR 5730

Esta información es para instruir a los contratistas de cómo educar a los proveedores, médicos y profesionales no médicos sobre las revisiones a la lista de ZIP codes provistos en el CR 5208, que requerirán información de 9 dígitos de ZIP code a fin de ser procesados.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5730.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA FACTURACIÓN UNIFORME

CR 5734

El Comité Nacional para la Facturación Uniforme (NUBC) descontinuó varios revenue codes con una designación “9 - Other”. Como resultado, incluyeron una actualización al manual para remover los códigos afectados. Además, se incluye con esta instrucción una tabla corregida de periodo de enfermedad.

ACTUALIZACIÓN DE LOS CARGOS RAZONABLES PARA EL 2008 DE TABLILLAS, YESOS, SUPLIDOS Y EQUIPOS PARA DIÁLISIS Y LENTE INTRAOCULAR

CR 5740

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 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5740.pdf>

REQUISITOS PARA LA ORDEN Y SEGUIMIENTO ÓRDENES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

CR 5743

A fin de que los pagos para las pruebas diagnósticas puedan ser realizados, existen ciertos requisitos que deben ser conocidos. Los requisitos para las órdenes y los seguimientos de pruebas diagnósticas son especificados en este cambio solicitado.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5764.pdf>

REVISIONS TO 9-DIGIT ZIP CODE LIST

CR 5730

This information instructs contractors to educate providers, physicians, and non-physician practitioners on revisions to the list of ZIP codes provided in CR 5208 that will require 9-digit ZIP code information in order to be processed.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5730.pdf>

NATIONAL UNIFORM BILLING COMMITTEE (NUBC) UPDATE

CR 5734

The NUBC has discontinued several revenue codes with a “9 - Other” designation. As a result, manual updates to remove the affected codes are included. In addition, a corrected spell of illness chart is included with this instruction.

REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2008 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, AND CERTAIN INTRAOCULAR LENSES

CR 5740

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 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5740.pdf>

REQUIREMENTS FOR ORDERING AND FOLLOWING ORDERS FOR DIAGNOSTIC TESTS

CR 5743

In order that payment can be made for diagnostic tests, there are certain ordering requirements which must be met. The requirements for both ordering and following orders for diagnostic tests are specified in this change request.

FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA (AIF) PARA EL 2008

CR 5801

La siguiente instrucción integra a los manuales el factor de inflación de ambulancia para que los contratistas de Medicare puedan determinar las cantidades de pago para los servicios de ambulancia.

El AIF para el año calendario 2008 es de 2.7 por ciento, aplicados a los coaseguros y deducibles de la Parte B.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5801.pdf>

ACTUALIZACIÓN 2008 PARA LA LISTA DE CÓDIGOS DE TERAPIA

CR 5810

Esta instrucción actualiza la lista de los códigos de terapia con un nuevo código para el año 2008:

Añade: 96125 - Standard cognitive performance testing (eg. Ross Information Processing Assessment) per hour of a qualified healthcare professional's time, both face-to-face with the patient and time interpreting test results and preparing the report.

NOTA: Este código es considerado "always therapy" sin tomar en cuenta quien realiza el servicio y siempre será necesario un modificador de terapia (GN, GO, GP).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5810.pdf>

IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI)

COMO MANEJAR EL IDENTIFICADOR NACIONAL ÚNICO (NPI) EN ÓRDENES/REFERIDOS DE PROVEEDOR DE RECLAMACIONES MEDICARE

CR 5674

En conformidad con la regla final del NPI, cuando se informa un identificador en una reclamación para un proveedor que ordena/refiere o para cualquier proveedor que no es proveedor de facturación, de pago o de prestación de servicios, ese identificador tiene que ser un NPI. Para propósitos de Medicare, esto significa que el someter un NPI para un proveedor que ordena/refiere es obligatorio efectivo el 23 de mayo de 2008. Los números de proveedor (legacy number) no pueden ser informados en ninguna reclamación enviada a Medicare después del 23 mayo de 2008.

Medicare siempre ha requerido que el proveedor que ordena/refiere informe el identificador del proveedor. Efectivo el 23 de mayo de 2008, ese número tiene que ser un NPI, sin importar si el proveedor que refiere u ordena participa o no en el programa de Medicare o es una entidad cubierta.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5674.pdf>

AMBULANCE INFLATION FACTOR FOR CY 2008

CR 5801

The following instruction manualizes the AIF so that Medicare contractors can accurately determine payment amounts for ambulance services.

The AIF for calendar year 2008 is 2.7 percent. Part B coinsurance and deductible requirements apply.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5801.pdf>

2008 ANNUAL UPDATE TO THE THERAPY CODE LIST

CR 5810

This instruction updates the therapy code list with one new code update for CY 2008 as follows:

Add: 96125 – Standard cognitive performance testing (eg. Ross Information Processing Assessment) per hour of a qualified healthcare professional's time, both face-to-face with the patient and time interpreting test results and preparing the report.

NOTE: This code is considered "always therapy" regardless of who performs the service and will always require a therapy modifier (GN, GO, GP).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5810.pdf>

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI)

HOW TO HANDLE THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) FOR ORDERING/REFERRING PROVIDER FOR MEDICARE CLAIMS

CR 5674

In accordance with the NPI final rule, when an identifier is reported on a claim for ordering/referring provider, i.e., or for any provider that is not a billing, pay-to or rendering provider, that identifier must be an NPI. For Medicare purposes this means that submission of an NPI for an ordering/referring provider is mandatory effective May 23, 2008. Legacy numbers cannot be reported on any claims sent to Medicare on or after May 23, 2008.

Medicare has always required that a provider identifier be reported for ordering/referring providers. Effective May 23, 2008, that number must be an NPI, regardless of whether that referring or ordering provider participates in the Medicare program or not or is a covered entity.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5674.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA SOMETER LA NOTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ÚNICO**CR 5795**

El propósito de este cambio de emergencia es para aclarar la política citada. En resumen, al proveedor no le será requerido someter al contratista una copia de la notificación del NPI recibida desde el National Plan and Provider Enumeration System (NPPES), a menos que sea solicitado por el contratista. Similarmente, si el proveedor obtiene su NPI a través de mecanismo de Electronic File Interchange (EFI), el proveedor no necesita someter una copia de la notificación si la recibe desde su EFI Organization (EFIO), a menos que sea solicitado por el contratista. Si la documentación en papel del NPI del proveedor es solicitada por el contratista, este último puede aceptar una copia de la página de los detalles de registro del NPI del proveedor en lugar de una copia de la notificación del NPI.

RECHAZO DE LAS SOLICITUDES DE ESTATUS DE FACTURAS X12 276 QUE LES FALTA UN IDENTIFICADOR NACIONAL ÚNICO (NPI)**CR 5726**

Todas las solicitudes de estatus de facturas sometidas utilizando las guías de EDI adoptadas bajo HIPAA, deben utilizar el NPI ordenado por HIPAA exclusivamente para la identificación del proveedor. Esto es, para aquellas que no han sido devueltas comenzando el 23 de mayo de 2008. La misma política será aplicada a DDE/PPTN/PINQ sobre preguntas de estatus de reclamaciones y para aquellas pantallas en Internet sobre el estatus de reclamación de algunos contratistas que se les ha permitido operar bajo un programa de demostración de Internet. La programación para estos cambios deberá estar ya activada para el 23 de mayo de 2008, pero no deberá ser puesta en función hasta tanto CMS notifique la responsabilidad de las entidades.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5726.pdf>

CAMBIOS A LA 3ERA ETAPA DEL NPI PARA LAS TRANSACCIONES 835 Y REMESA EN PAPEL**CR 5452**

Esta instrucción incluye los cambios a la 3era etapa del NPI para las transacciones electrónicas 835, remesa en papel, y cambios en el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 22- Remesa.

ARTÍCULOS ESPECIALES**CMS ANUNCIA LAS PRIMAS Y DEDUCIBLES PARA EL 2008**

La prima mensual estándar de la parte B de Medicare será de \$96.40 para el 2008, un aumento de \$2.90, o un 3.1%, de la prima de \$93.50 de la Parte B para el 2007. La cantidad para el 2008 es el aumento más pequeño del

UPDATE TO REQUIREMENT TO SUBMIT NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) NOTIFICATION**CR 5795**

The purpose of this emergency change request is to clarify the aforementioned policy. In short, the provider is no longer required to submit to the contractor a copy of the NPI notification it received from the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES), unless requested to do so by the contractor. Similarly, if the provider obtained its NPI via the Electronic File Interchange (EFI) mechanism, the provider need not submit a copy of the notification it received from its EFI Organization (EFIO), unless requested to do so by the contractor. If paper documentation of a provider's NPI is requested by the contractor, the latter may accept a copy of the provider's NPI Registry's Details Page in lieu of a copy of the NPI notification.

REJECTION OF X12 276 CLAIM STATUS REQUESTS THAT LACK NATIONAL PROVIDER IDENTIFIERS (NPIS)**CR 5726**

All claim status requests submitted using the EDI standards adopted under HIPAA for national use must use the HIPAA-mandated NPI exclusively for provider identification. Those that do not are to be returned to the sender beginning May 23, 2008. The same policy is to be applied to DDE/PPTN/PINQ claim status inquiries and to those Internet claim status screens some contractors are permitted to operate under an Internet demonstration program. The programming for these changes shall be ready to be activated by May 23, 2008 but shall not be "turned on" until CMS notifies the responsible entities to do so.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5726.pdf>

STAGE 3 NPI CHANGES FOR TRANSACTION 835 AND STANDARD PAPER REMITTANCE ADVICE**CR 5452**

This instruction includes Stage 3 NPI Changes for Transaction 835, and Standard Paper Remittance Advice, and Changes in Medicare Claims Processing Manual, Chapter 22 - Remittance Advice.

SPECIAL ARTICLES**CMS ANNOUNCES MEDICARE PREMIUMS, DEDUCTIBLES FOR 2008**

The standard Medicare Part B monthly premium will be \$96.40 in 2008, an increase of \$2.90, or 3.1%, from the \$93.50 Part B premium for 2007. The 2008 amount is the smallest percentage increase in the Part B

porcentaje de la prima de la parte B desde el 2001 y \$2.10 menos que el aumento en prima para el 2007.

La prima de \$96.40 para la Parte B de Medicare en el 2008 es igual a la cantidad proyectada en el Medicare Trustees Report de 2007 publicado en abril. Esta prima mensual pagó por beneficiarios matriculados en los servicios de médicos cubiertos por la parte B, servicios ambulatorios de hospital, ciertos servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero, y otros artículos. Varios factores explican el aumento del 3.1% en la prima.

El incremento en ciertas áreas del programa de pago por servicios de Medicare, incluyendo el aumento en los servicios de salud en el hogar, drogas administradas por médicos, servicios en los centros de cirugía ambulatoria, equipo médico duradero, servicios de laboratorio en oficinas de médicos y laboratorios independientes, como así también el aumento en los programas de Medicare Advantage y un alza en otros servicios de la parte B han contribuido al incremento. En particular, un incremento atribuido a los programas de Medicare Advantage refleja un aumento en el promedio de riesgo de beneficiarios matriculados, así como el impacto en el incremento de costos de pagos por servicio en los distritos como puntos de referencia de Medicare Advantage.

Para leer más sobre este anuncio, favor de visitar la siguiente dirección http://www.cms.hhs.gov/apps/media/fact_sheets.asp en el Web de CMS.

Para leer noticias publicadas en el Federal Register, visite la sección de Downloads: http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/01_Overview.asp.

NUEVO WEB SITE PARA LOS CENTROS DE TRASPLANTES

CR 5724

El 30 de marzo de 2007 el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS en inglés) estableció una reglamentación para autorizar la encuesta y certificación de los programas de trasplantes. Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia federal responsable de vigilar por el cumplimiento de las condiciones de participación de Medicare. Todos los programas de trasplante de hospital cubiertos por la reglamentación, si actualmente están aprobados por CMS o buscan una aprobación inicial, tienen que someter una solicitud de aprobación bajo las nuevas reglas de CMS no más tarde del 26 de diciembre de 2007 (180 días desde la fecha de efectividad de la reglamentación).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5724.pdf>

TARIFAS DUPLICADAS PARA REGISTRO DE TRASPLANTES

JSM 08029

Recientemente, una compañía conocida como MatchingDonors, Inc., la cual funciona a través del sitio en la Web: www.matchingdonors.com (referido al presente como MatchingDonors), ha notificado a los centros de trasplante y a los miembros de la organización médica sobre su servicio. MatchingDonors

premium since 2001 and is \$2.10 less than the increase in the premium for 2007.

The 2008 Part B premium of \$96.40 is equal to the amount projected in the 2007 Medicare Trustees Report issued in April. This monthly premium paid by beneficiaries enrolled in Medicare Part B covers physicians' services, outpatient hospital services, certain home health services, durable medical equipment, and other items. Several factors account for the 3.1% increase in the premium.

Growth in certain areas of Medicare's fee-for-service program, including growth in home health services, physician-administered drugs, ambulatory surgical center services, durable medical equipment, independent lab and physician's office lab services, as well as growth in the Medicare Advantage program and a rise in other Part B services contributed to the increase. In particular, increases attributed to the Medicare Advantage program reflect the increase in the average risk of enrolled beneficiaries as well as the impact of fee-for-service cost growth on Medicare Advantage county benchmarks.

To read more on this announcement, please go to http://www.cms.hhs.gov/apps/media/fact_sheets.asp on the CMS website.

To read notices issued on display at the Federal Register, go to the Downloads section at: http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/01_Overview.asp

NEW WEB SITE FOR APPROVED TRANSPLANT CENTERS

CR 5724

On March 30, 2007 the Department of Health and Human Services (DHHS) established regulation authorizing the survey and certification of transplant programs. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) is the Federal agency responsible for monitoring compliance with the Medicare conditions of participation. All hospital transplant programs covered by the regulation, whether currently approved by CMS or seeking initial approval, must submit a request for approval under the new regulations to CMS by December 26, 2007 (180 days from the effective date of the regulation.)

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5724.pdf>

DUPLICATIVE TRANSPLANT REGISTRY FEES

JSM 08029

Recently, a company known as MatchingDonors, Inc., operating through a web site at www.matchingdonors.com (together referred to herein as MatchingDonors), has been notifying transplant centers and physician organization members about its service. MatchingDonors is a web-based

es un servicio de pareo basado en la red de donantes/recipientes, el cual enumera aquellos individuos que potencialmente tienen la intención de donar un órgano y aquellos individuos en necesidad de un trasplante. Otra organización, es el Registro Nacional del Riñón, que también funciona como un servicio que para a donantes/recipientes.

En las notificaciones enviadas por MatchingDonors a los centros de trasplante, MatchingDonors indica que Medicare reembolsará a los centros de trasplante los honorarios pagados por colocar la lista de candidatos en espera en el sitio en la Web de MatchingDonors. MatchingDonors tiene tarifas tan altas como \$595 para una membresía de por vida. El Registro Nacional del Riñón también tiene un cargo de registro de \$750 e informa a los recipientes potenciales que pueden ser reembolsados por Medicare. Las notificaciones de MatchingDonors se refieren al Manual de las Políticas de Beneficios de Medicare, Capítulo 11, Sección 104.17, que indica:

“A participating hospital which expects to perform a kidney transplant will be reimbursed for the reasonable cost incurred in listing the patient and the patient’s blood characteristics with a professionally recognized organization that maintains a registry of potential transplant candidates, and which provides a regular listing of such patients to hospitals engaged in kidney procurement.”

Por esta razón, deseamos informar a todos los hospitales con un centro de trasplante (riñón, corazón, hígado, pulmón, intestino, o páncreas) matriculado a través de nosotros que cualquier costo reclamado como resultado de honorarios pagados al Registro Nacional del Riñón, Matching Donor, Inc., Matching Donors.org, o Matching Donors.org, Inc. (o cualquier organización parecida) será rechazado en el informe de costos de Medicare pues el mismo es un duplicado de honorarios que el hospital ha pagado correctamente a través de los OPTN (Organ Procurement and Transplant Network) y los UNOS (United Network for Organ Sharing).

donor-recipient matching service that lists individuals who potentially intend to donate an organ and individuals in need of a transplant. Another organization, the National Kidney Registry, also operates a living-donor/recipient matching service.

In the notifications sent by MatchingDonors to transplant centers, MatchingDonors states that Medicare will reimburse the fees paid by transplant centers for placing waiting list candidates on MatchingDonors’ web site listing. MatchingDonors charges rates as high as \$595 for a lifetime membership. The National Kidney Registry charges a \$750 registry fee and states that potential recipients may be able to be reimbursed by Medicare. The MatchingDonors notifications also reference the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 11, Section 104.17, which states:

“A participating hospital which expects to perform a kidney transplant will be reimbursed for the reasonable cost incurred in listing the patient and the patient’s blood characteristics with a professionally recognized organization that maintains a registry of potential transplant candidates, and which provides a regular listing of such patients to hospitals engaged in kidney procurement.”

For this reason we want to inform to all hospitals with transplant center (kidney, heart, liver, lung, intestine, or pancreas) enrolled through us that any costs claimed as a result of fees paid to the National Kidney Registry, Matching Donor, Inc., Matching Donors.org, or Matching Donors.org, Inc. (or any like organization) will be disallowed on the Medicare cost report as they are duplicative of fees that the hospital has properly paid to OPTN and UNOS.



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

