

# ¡Qué Bueno Que Preguntó!

## EMERGENCIA - CAMBIO LEGISLATIVO QUE AFECTA EL MPFS DE 2008 Y EXTENSIÓN DEL PERIODO ABIERTO DE REGISTRO DE PARTICIPACIÓN DE 2008

### Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B, y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], por servicios profesionales pagados bajo el Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

Cont. en página 6

---

## We Are Glad You Asked!

### EMERGENCY - LEGISLATIVE CHANGE AFFECTING THE 2008 MPFS, AND EXTENSION OF THE 2008 PARTICIPATION OPEN ENROLLMENT PERIOD

### Provider Types Affected

*Physicians and other providers who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FI), regional home health intermediaries (RHHI), carriers, and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC)) for professional services paid under the MPFS.*

Cont. on page 6



Emission Date: March 23, 2008

Volume 93 / Jan., Feb., and March 2008

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

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

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



## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

## TABLA DE CONTENIDO

### ¡Qué Bueno que Preguntó!

Cambio legislativo el MPFS-2008 ..... portada y página 6  
Cambios al sistema de pago para ASC ..... 9

### Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer ..... 28

### Recursos de Información y Educación

Acceso autorizado al *CMS Computer Services* ..... 29  
Aclaración sobre la privacidad médica ..... 39  
Servicios de enfermeras graduadas y especialistas ... 43  
Nuevo sitio web para Centros Aprobados de Transplante ..... 45  
Actualización a las tarifas de primas, deducibles ..... 48  
Aplicación del *ASCA Enforcement Review* ..... 51  
Satisfacción con los servicios de los contratistas .... 55  
Mensaje de aviso de resumen de Medicare revisado 57

### HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA .. 58

### Política Médica

Límites de terapia con excepciones para pacientes ... 61  
Codificación para Polipectomía ..... 66  
Adición a los servicios de telemedicina ..... 69  
Terapia nebulizada de agonistas beta-adrenérgicos .. 72  
Políticas de Medicare sobre ensayos clínicos ..... 73  
Reemplazo de Disco Lumbar artificial (LADR) ..... 75  
Procedimientos de diagnóstico de ultrasonido ..... 78  
Reporte de los niveles del hematocrito ..... 80  
Servicios de rehabilitación pulmonar ..... 81

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2007 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

## TABLA DE CONTENIDO - Cont.

### Políticas de Pago

Actualización trimestral éditos CCI, versión 14.0 .... 82  
Nuevas pruebas con dispensa ..... 82  
Utilización del código de zona postal de 9 dígitos para determinar pago ..... 85  
Actualización anual a los códigos HCPCS ..... 85  
Actualización al grupo de códigos de lugar ..... 88  
Mamografía: cambio en la acción de "devolver al proveedor" ..... 89  
Reembolso para las vacunas y la administración ... 95  
Actualización de octubre de 2007 a MPFSD ..... 104  
Nuevo código de comentario para denegar ..... 108  
Resumen de políticas del MPFS y pago ..... 110  
Actualización de 2008 para tarifas de equipo ..... 112  
Actualización del cargo razonable del 2008 ..... 116  
Actualización anual 2008 a la lista de códigos de terapia ..... 117

### Laboratorio

Ajuste al édito del CWF de Medicare-reclamaciones duplicadas ..... 118

### Medicamentos

Uso fuera de etiqueta de medicamentos anti-cáncer ... 120  
Respuesta al Programa CAP para reclamaciones de medicamento ..... 123  
Notificación de período de elección del 2008 para médicos ..... 125  
Pago permitido para la vacuna del virus - AWP .... 129  
Archivo trimestral de enero 2008 del ASP ..... 130

### Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Sistema revisado de pago para ASC 2008 ..... 131

### Ambulancia

Revisión al requisito de certificación para servicios de transportación ..... 147

### Reclamaciones

Estandarizaciones a la transferencia electrónica ... 148  
Guías importantes sobre los nuevos formulario UB-04 y CMS-1500 ..... 151  
Razones para notificación al proveedor sobre reclamaciones rechazadas ..... 155

### Aviso de Remesa

Actualización a los códigos de razón de ajuste ..... 158  
Actualización de los códigos del aviso de remesa ... 163

### Centro de Enfermería Especializada

Éditos adicionales de CWF ..... 164

### Contrato

Proveedores Reinstalados/Sancionados ..... 165  
Actualización de los requisitos para someter - NPI .. 169  
Rechazo de solicitud de estatus de reclamaciones por falta de NPI ..... 170

MOA-2008



## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

## TABLE OF CONTENTS

### We are Glad you Asked!

Legislative Change - 2008 MPFS ... Cover and page 6  
Implementation of 2008 ASC Payment ..... 9

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

Medicare Program Opt-Out Providers ..... 28

### Information and Education Resources

Individuals Authorized to Access to CMS Computer .. 29  
Clarification about the Medical Privacy of Protected ... 39  
Nurse Practitioner Services and Clinical Nurse ..... 43  
New Website for Approved Transplant Centers ..... 45  
Update to Medicare Deductible, Coinsurance ..... 48  
Application of ASCA Enforcement - Review Decisions 51  
CMS Seeks Provider Input on Satisfaction ..... 55  
Medicare Summary Notice Message: Revised 38.13. 57

### HIPAA

Vendors/Providers that has tested X12N Format .... 58

### Medical Policy

Outpatient Therapy Caps with Exceptions ..... 61  
Coding for Polypectomy Performed During Screening 66  
Addition to Medicare Telehealth Services ..... 69  
Nebulized Beta Adrenergic Agonist Therapy ..... 72  
Medicare Clinical Trial Policy (CTP) ..... 73  
Lumbar Artificial Disc Replacement (LADR) ..... 75  
Ultrasound Diagnostic Procedures ..... 78  
Reporting of Hematocrit or Hemoglobin Levels ..... 80  
Pulmonary Rehabilitation Services ..... 81

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2007 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

## TABLE OF CONTENTS - Cont.

### Billing Policies

Quarterly Update to CCI Edits, Version 14.0 ..... 82  
New Waived Tests..... 82  
Use of 9-Digit Zip Codes for Determining Payment .... 85  
Annual Update of HCPCS Codes Used for Home ... 85  
Update to Place of Service Code Set ..... 88  
Mammography: Change Certification-Based Action ... 89  
Reimbursement for Vaccines and Administration.... 95  
October Update to the 2007 MPFS ..... 104  
New Remark Code for Denying Separately Billed .... 108  
Summary of Policies in the 2008 MPFS ..... 110  
Fee Schedule Update for 2008 for DMEPOS ..... 112  
Reasonable Charge Update for 2008 for Splints... 116  
2008 Annual Update to the Therapy Code List ..... 117

### Laboratory

CWF Duplicate Claim Edit for TC..... 118

### Drugs

Unlabeled Use for Anti-Cancer Drugs ..... 120  
Response to CAP for Part B Drugs and Biologicals . 123  
Notification of the 2008 Physician Election Period .... 125  
Payment Allowance for the Influenza Virus-AWP .... 129  
January 2008 Quarterly ASP Drug Pricing ..... 130

### Ambulatory Surgical Center (ASC)

Revised Payment System for ASC ..... 131

### Ambulance

Revision to Certification for Hospital Services ..... 147

### Claims

Electronic Funds Transfer Standardization and Revision ..... 148  
Important Guidance on the New CMS-1500 and UB-04 Forms ..... 151  
Reasons for Provider Notification of Medicare Claims Disputed ..... 155

### Remittance Advice

Update of Claim Adjustment Reason Codes and Remittance Advice..... 158  
Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment ..... 163

### Skilled Nursing Facility

Additional CWF Editing for SNF ..... 164

### Enrollment

Reinstated/Sanctioned Providers ..... 165  
Important Information for Providers/Suppliers ..... 168  
Update to Requirements to Submit NPI Notification . 169  
Rejection of X12 276 Claim Status Requests ..... 170

MOA-2008

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

DE LA PORTADA...

### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5944, del cual se extrae este artículo, provee información a los Contratistas de Medicare con respecto a los cambios legislativos (e instrucciones para implementación) al MPFS del 2008, y acerca de la extensión en el Periodo Abierto de Registro de Participación para 2008.

Vigente para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 y hasta el 30 de junio de 2008, la actualización al factor de conversión será de un 0.5%, y **para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2008, se revertirá a la metodología de pago anterior (la actualización de -10.1%)** que se resumió en la Reglamentación final, publicada en el Registro Federal el 27 de noviembre de 2007.

### Trasfondo

El "Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act" del 2007 cambia las tarifas del MPFS del 2008. El CR5944 informa a los Contratistas de Medicare respecto a este cambio legislativo al MPFS del 2008; sobre la publicación de los nuevos archivos MPFS para que éstos los puedan cargar; sobre la necesidad de estar preparados, comenzando el 7 de enero, para procesar todas las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 y subsiguientes, que contienen servicios MPFS; y sobre la extensión del periodo abierto de registro de participación de 2008.

### Cambio de Tarifas MPFS

Vigente para reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de enero de 2008 y hasta el 30 de junio de 2008, la actualización del factor de conversión será 0.5%.

Sin embargo, es importante que usted comprenda que esta nueva legislación solamente impacta las tarifas MPFS durante la primera mitad del 2008 (reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de enero de 2008 hasta el 30 de junio de 2008). Las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de julio de 2008 y subsiguientes se revertirán a la metodología de pago anterior (la actualización de -10.1%) que fue resumida en la Reglamentación Final publicada en el Registro Federal el 27 de noviembre de 2007.

## We Are Glad You Asked!

FROM THE COVER PAGE...

### What You Need to Know

*CR5944, from which this article is taken, provides Medicare contractors with information about (and instructions for implementing) legislative changes to the 2008 MPFS, and about the extension of the Participation Open Enrollment period for 2008.*

*Effective for claims with dates of service January 1, 2008, through June 30, 2008, the update to the conversion factor will be 0.5%; and for claims with dates of service July 1, 2008 and after, will revert back to the previous payment methodology (the -10.1% update) that was outlined in the Final Rule, published in the Federal Register on November 27, 2007.*

### Background

*The "Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007" changes the rates of the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS). CR5944 informs Medicare contractors of this legislative change to the 2008 MPFS; the release of the new MPFS files for them to load; the need to be ready to process beginning January 7, all claims with dates of service on or after January 1, 2008, which contain MPFS services; and the extension of the Participation Open Enrollment period for 2008.*

### MPFS Rate Change

*Effective for claims with dates of service January 1, 2008, through June 30, 2008, the update to the conversion factor will be 0.5%.*

*It is important that you understand, however, that this new legislation only impacts the MPFS rates during the first half of 2008 (claims with dates of service January 1, 2008, through June 30, 2008). Claims with dates of service July 1, 2008 and after will revert back to the previous payment methodology (the -10.1% update) that was outlined in the Final Rule, published in the Federal Register on November 27, 2007.*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

**Nota:** La legislación también extiende la base de 1.0 en el índice de costo geográfico de práctica por seis meses, por ejemplo: hasta el 30 de junio de 2008.

Este cambio en las tarifas MPFS también impacta a varias otras estructuras de tarifa fija que se derivan del MPFS, incluyendo los factores de conversión de anestesia, el archivo de servicios de diagnóstico comprados, y las tarifas de Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs por sus siglas en inglés); pero no impacta los servicios que no son pagados bajo el MPFS (por ejemplo: los DME, laboratorios clínicos, etc.).

Los médicos no necesitan tomar ninguna acción adicional a fin de que sus reclamaciones sean pagadas a base de la nueva tarifa de 0.5%. Los Contratistas de Medicare pueden procesar las reclamaciones por servicios pagados bajo el MPFS que contienen fechas de servicio a partir del 1 de enero con las nuevas tarifas del 2008. No será necesario ningún ajuste. Se le ha informado a su Contratista de Medicare que a partir del 7 de enero de 2008 tiene que estar preparado para procesar todas las reclamaciones con fechas de servicio del 2008 con las nuevas tarifas MPFS.

### **Extensión del Periodo de Registro Abierto del 2008**

Debido a que esta nueva legislación cambia las tarifas MPFS del 2008, CMS han extendido el periodo abierto de registro de participación del 31 de diciembre de 2007 hasta el 15 de febrero de 2008; por lo tanto, ahora corre desde el 15 de noviembre de 2007 hasta el 15 de febrero de 2008.

Sin embargo, la fecha de vigencia para cualquier cambio de estatus en Participación durante la extensión se mantiene en el 1 de enero de 2008; y seguirá en vigencia durante todo el año. Usted debe tomar su decisión de Participación para el 2008 a base de las dos nuevas tarifas (por ejemplo: la actualización de 0.5% que se encuentra vigente de enero hasta junio, y la actualización del -10.1%, vigente desde julio hasta diciembre).

**Nota:** El CR5944 revisa el CR5732 (Transmittal 1356 - Calendar Year (CY) 2008 Participation Enrollment and Medicare Participating Physicians and Suppliers Directory (MEDPARD) Procedures, con fecha del 19 de octubre de 2007) para reflejar la extensión.

## We Are Glad You Asked!

**Note:** The legislation also extends the 1.0 floor on the work geographic practice cost index for six months, i.e., through June 30, 2008.

*This MPFS rate change also impacts several other fee schedule rates which are MFPS-derived, including the anesthesia conversion factors, purchased diagnostic file, and ambulatory surgical center (ASC) facility rates; but does not impact services that are not paid under the MPFS (e.g., DME, clinical lab, etc.).*

*Physicians do not need to take any additional action in order for their claims to be paid at the new 0.5 percent rate. Medicare contractors are able to process claims for services paid under the Medicare Physician Fee Schedule that contain dates of service January 1 and after with the new 2008 rates. No adjustments should be necessary. Your Medicare contractors have been instructed to be ready to process all claims with 2008 dates of service with the new MPFS fees beginning January 7, 2008.*

### **2008 Participation Open Enrollment Period Extension**

*Because this new legislation changes the 2008 MPFS rates, the CMS has extended the 2008 Participation Open Enrollment period from December 31, 2007, to February 15, 2008 – therefore, it now runs from November 15, 2007 through February 15, 2008.*

*The effective date for any Participation status change during the extension, however, remains January 1, 2008; and will be in force for the entire year. You should make your Participation decision for 2008 based on the two new fee rates (i.e., the 0.5% update that is effective January through June, and the -10.1% update that is effective July through December).*

*Note: CR5944 revises CR 5732 (Transmittal 1356 - Calendar Year (CY) 2008 Participation Enrollment and Medicare Participating Physicians and Suppliers Directory (MEDPARD) Procedures, dated October 19, 2007) to reflect the extension.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

El CR5944 también contiene instrucciones adicionales para los contratistas de Medicare.

- Cualquier contratista que no pueda cumplir con la fecha del 7 de enero de 2008 para procesar las reclamaciones, puede retener las reclamaciones afectadas hasta 14 días calendario después de haberlas recibido; pero todas las reclamaciones retenidas deberán ser liberadas para pago a más tardar el 15 de enero de 2008.
- Los contratistas no harán ajustes automáticamente a los proveedores que cambien su estatus de Participación después del 1 de enero de 2008 (usted debe comenzar a facturar sus reclamaciones de acuerdo a la decisión de Participación que usted haya tomado). Sin embargo, ellos ajustarán las reclamaciones a base de los cambios de estatus de Participación que usted traiga a su atención.
- Su contratista pondrá el Acuerdo de Participación a su disposición por medio de los sitios Web con las instrucciones de Registro de Participación (y terminación). Si usted lo solicita, ellos le enviarán copias impresas por correo (sin cargo) de las nuevas tarifas MPFS 2008, a cualquier médico/profesional de la salud que no tenga acceso al Internet y que no pueda ver las nuevas tarifas en el sitio Web de Contratistas. Sin embargo, ellos cobrarán un cargo razonable por enviarles por correo una copia impresa del MPFS 2008 a los proveedores que tengan acceso al Internet, pero que deseen una copia impresa para su conveniencia. Además, ellos manejarán las solicitudes de copias del MPFS 2008 de los médicos/profesionales de la salud como asuntos de servicio al cliente, y no como solicitudes del *Freedom of Information Act* (FOIA); pero manejarán las solicitudes de otros miembros del público como si fueran solicitudes FOIA.
- Los contratistas publicarán las nuevas tarifas en sus sitios Web tan pronto como sea posible.

## We Are Glad You Asked!

*CR5944 also contains additional Medicare contractor instructions:*

- *Any contractor unable to meet the January 7, 2008 for processing claims date, can hold affected claims for up to 14 calendar days after receipt; but all held claims must be released for payment no later than January 15, 2008.*
- *Contractors will not automatically make adjustments for providers who change their Participation status after January 1, 2008 (you should begin billing claims according to the Participation decision that you have made). However, they will adjust claims based on Participation status changes that you bring to their attention.*
- *Your contractor will make the Participation Agreement available to you by placing it on their Web sites with Participation enrollment (and termination) instructions. They will mail (at no charge) hard copies of the new 2008 MPFS, on request, to any physicians/practitioners who do not have Internet access and are unable to view the new fees on the contractor Web site. They will, however, charge a reasonable fee for mailing a hard copy of the 2008 MPFS to providers that do have Internet access, but who want a hard copy for convenience. Further, they will handle physicians/practitioners' requests for copies of the 2008 MPFS as customer services matters, and not as Freedom of Information Act (FOIA) requests; but will handle such requests from other members of the public as FOIA requests.*
- *Contractors will post the new fees on their Web sites as early as possible.*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- Los contratistas aceptarán y procesarán cualquier elección o retiro de Participación, realizada durante el período abierto de registro de participación que se reciba o tenga matasellos del correo en o antes del 15 de febrero de 2008.

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5944), enviada a su Contratista de la Parte B, FI, RHHI o A/B MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R312OTN.pdf>.

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

## We Are Glad You Asked!

- *Contractors will accept and process any Participation elections or withdrawals, made during the extended enrollment period that are received or post-marked on or before February 15, 2008.*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR5944, issued to your carrier, FI, RHHI, or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R312OTN.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5944/Trans.R312OTN/CR5944/02-01-08/mlv rrc

## IMPLEMENTACIÓN DE CAMBIOS AL SISTEMA DE PAGO PARA CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASCS) EN 2008

### Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a Contratistas (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B, y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por concepto de servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria prestados a beneficiarios de Medicare.

### Lo Que Usted Debe Saber

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) tienen el requisito de implementar un nuevo sistema de pago para los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs por sus siglas en inglés) no más tarde del 1 de enero de 2008. El artículo MLN Matters SE0742 provee un resumen de este nuevo sistema, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf>. El CR 5680, del cual se extrae este artículo, provee información adicional sobre el trasfondo, política e instrucciones que su Contratista de Medicare utilizará para implementar este sistema revisado de pago.

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

### Provider Types Affected

*Providers who bill contractors (Fiscal Intermediaries, carriers and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for ambulatory surgical center services for Medicare Beneficiaries.*

### What You Need to Know

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is required to implement a new Ambulatory Surgical Center (ASC) payment system no later than January 1, 2008. An overview of the new system has already been provided in the MLN Matters article SE0742, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf> on the CMS website. CR 5680, from which this article is taken, provides additional information on the background, policy, and instructions that your Medicare contractor will use to implement this revised payment system.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### Trasfondo

La Sección 626 del *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA) de 2003 requiere que CMS implemente un nuevo sistema de pago para los ASCs, no más tarde del 1 de enero de 2008. En parte, la ley requiere que se les pague a los ASCs la cantidad menor entre el cargo real o las tarifas de pago del ASC Fee Schedule. Refiérase al artículo MLN Matters SE0742 para un resumen del nuevo sistema de pago ASC. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf>.

Además de las nuevas instrucciones de pago, se les pagará a los ASCs una cantidad reducida para ciertos procedimientos cuando usted reciba un crédito parcial por más del 50% del costo de un aparato médico. Usted tendrá que incluir un modificador FC con ciertos códigos de procedimiento que incluyen el pago de aparatos para reportar que usted recibió un crédito parcial de más del 50% del costo del aparato. Para esos códigos de procedimiento donde el modificador FC pudiese aplicarse, CMS proveerá a los Contratistas de Medicare un precio para el código de procedimiento, ya sea con o sin el modificador FC.

El CR5680 también incluye un número de cambios a dos manuales de Medicare, según se resume más adelante. (Este artículo solamente incluye los cambios/revisiones claves). Esas instrucciones revisadas del manual se incluyen como anejo al CR5680.

### Revisiones al *Medicare Claims Processing Manual*

(Estas revisiones se incluyen como anejo al CR5680 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1325CP.pdf>). Las revisiones principales son las siguientes:

#### Capítulo 1 (*General Billing Requirements*)

#### Sección 30.3.1 (*Mandatory Assignment on Carrier Claims*)

## We Are Glad You Asked!

### Background

*Section 626 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) requires the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to implement a new Ambulatory Surgical Center (ASC) payment system not later than January 1, 2008. In part, the law requires that ASCs be paid the lesser of the actual charge or the ASC fee schedule payment rates. See MLN Matters article SE0742 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf> for an overview of the new ASC payment system.*

*In addition to the new payment instructions, ASCs will be paid a reduced amount for certain procedures when you receive a partial credit for more than 50 percent of the cost of a medical device. You will need to include an FC modifier on certain procedure codes that include payment for a device, to report that you received a partial credit for more than 50 percent of the cost of the device. For those procedure codes where the FC modifier may be applicable, CMS will provide Medicare contractors with a price for the procedure code, both with and without, the FC modifier.*

*CR 5680 also includes a number of changes to two Medicare manuals as summarized below. (Only the key changes/revisions are included in this article). These revised manual instructions are attached to CR5680.*

### Revisions to the *Medicare Claims Processing Manual*

*(These revisions are attached to CR5680 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1325CP.pdf> on the CMS website.) Key revisions are:*

#### Chapter 1 (*General Billing Requirements*)

#### Section 30.3.1 (*Mandatory Assignment on Carrier Claims*)

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

Para colonoscopías de cernimiento de cáncer colorrectal (códigos G0105 y G0121), no habrá deducible y tendrán un 25% de co-aseguro. Vigente el 1 de enero de 2008, no habrá deducible para el código de servicio G0104, y aplicará una tarifa de co-pago de un 25%.

### **Capítulo 4 (Part B Hospital [Including Inpatient Hospital Part B and OPSS])**

#### **Sección 120 (General Rules for Reporting Outpatient Hospital Services)**

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, el Contratista de Medicare ya no procesará reclamaciones en el TOB 83X para los ASCs. Todos los proveedores ASC (incluyendo proveedores del *Indian Health Service*) deben someter sus reclamaciones al Contratista de la Parte B designado o al A/B MAC.

#### **Sección 180.1 (General Rules)**

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, el Contratista de Medicare ya no procesará reclamaciones en el TOB 83X para los ASCs. Todos los proveedores ASC (incluyendo los IHS), deben someter sus reclamaciones al Contratista de la Parte B designado o al A/B MAC.

### **Capítulo 14 (Ambulatory Surgical Centers)**

#### **Sección 10 (General)**

A partir del 1 de enero de 2008, Medicare:

- Pagará a los ASCs (bajo la Parte B) por todos los procedimientos quirúrgicos cuando el servicio se presta en un ASC, excepto aquellos que CMS determine pueden representar un riesgo significativo a los beneficiarios, o si se espera que requieran una estadía de una noche en el hospital,
- Pagará a los ASCs (bajo la Parte B) por ciertos servicios auxiliares, tal como ciertos medicamentos y biológicos, aparatos “*pass through*” (se pagan por separado al ASC), fuentes de braquiterapia, y procedimientos de radiología;
- Continuará pagando a los ASCs por lentes intraoculares de nueva tecnología y por la adquisición de tejido de córnea, según se hacía antes del 1 de enero de 2008; y

## We Are Glad You Asked!

*For colorectal cancer screening colonoscopies (G0105 and G0121), there is no deductible and a 25 percent coinsurance. Effective January 1, 2008, for service G0104, there will be no deductible and the 25 percent coinsurance rate will apply.*

### **Chapter 4 (Part B Hospital (Including Inpatient Hospital Part B and OPSS))**

#### **Section 120 (General Rules for Reporting Outpatient Hospital Services)**

Effective for dates of service on or after January 1, 2008, the Medicare contractor no longer processes claims on TOB 83X for ASCs. All ASC providers (including Indian Health Service providers) must submit their claims to the designated carrier or A/B MAC

#### **Section 180.1 (General Rules)**

Effective for dates of service on or after January 1, 2008, the Medicare contractor no longer processes claims on TOB 83X for ASCs. All ASC providers (including Indian Health Service providers) must submit their claims to the designated carrier or A/B MAC.

### **Chapter 14 (Ambulatory Surgical Centers)**

#### **Section 10 (General)**

Beginning January 1, 2008, Medicare will:

- Pay ASCs (under Part B) for all surgical procedures except those that CMS determines may pose a significant safety risk to beneficiaries or that are expected to require an overnight stay when furnished in an ASC;
- Pay ASCs (under Part B) for certain ancillary services such as certain drugs and biologicals, pass through devices, brachytherapy sources, and radiology procedures;
- Continue to pay ASCs for new technology intraocular lenses and corneal tissue acquisition as it did prior to January 1, 2008; and

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- No pagará a los ASCs por procedimientos que están excluidos de la lista de procedimientos quirúrgicos cubiertos o por los que están excluidos de la lista de servicios auxiliares cubiertos.

Para poder recibir pago bajo esta estipulación, una instalación debe estar certificada como que cumple con los requisitos de un ASC y debe entrar en un acuerdo escrito con los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). El *State Operations Manual* describe el proceso de certificación; el mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=99&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS1201984&intNumPerPage=10>.

### Sección 10.2. (Ambulatory Surgical Center Services on ASC List)

Bajo el nuevo sistema de pago, los servicios ASC incluidos en el pago bajo el sistema de pago ASC, incluyen, pero no se limitan a:

- Técnico de Enfermería, y servicios relacionados;
- Uso de las instalaciones donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos;
- Cualquier prueba de laboratorio realizada bajo un certificado de dispensa del *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA) de 1988;
- Medicamentos y biológicos para los cuales no se permite pago por separado bajo el sistema de Pago Prospectivo Hospitalario Ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés).
- Suministros médicos y quirúrgicos que no tienen estatus “*pass through*” bajo la Sub-Parte G de la Parte 419.62 del CFR 42, disponible en el siguiente enlace: <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&rgn=div8&view= text&node=42:3.0.1.1.6.7.1.1&idno=42>;
- Equipo

## We Are Glad You Asked!

- *Not pay ASCs for procedures that are excluded from the list of covered surgical procedures or covered ancillary services.*

*To be paid under this provision, a facility must be certified as meeting the requirements for an ASC and must enter into a written agreement with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). The State Operations Manual, which you can find at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=99&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS1201984&intNumPerPage=10> describes the certification process.*

### Section 10.2. (Ambulatory Surgical Center Services on ASC List)

*Under the new payment system, ASC services for which payment is included in the ASC payment include, but are not limited to:*

- *Nursing technician, and related services;*
- *Use of the facility where the surgical procedures are performed;*
- *Any laboratory testing performed under a Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) certificate waiver;*
- *Drugs and biologicals for which separate payment is not allowed under the hospital outpatient prospective payment system (OPPS);*
- *Medical and surgical supplies not on pass-through status under Subpart G of Part 419.62 of 42 CFR located at <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&rgn=div8&view= text&node=42:3.0.1.1.6.7.1.1&idno=42>;*
- *Equipment;*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- Vendajes quirúrgicos;
- Aparatos protéticos implantados, incluyendo lentes intraoculares (IOLs), así como accesorios y suministros relacionados, que no tienen estatus “pass-through”, bajo la Sub-Parte G de la Parte 419.62 del CFR 42, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&rgn=div8&view=text&node=42:3.0.1.1.6.7.1.1&idno=42>);
- Equipo Médico Duradero (DME) implantado, así como accesorios y suministros relacionados que no tienen estatus “pass through” bajo la Sub-Parte G de la Parte 419 del CFR 42, disponible en el siguiente enlace: <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&rgn=div8&view=text&node=42:3.0.1.1.6.7.1.1&idno=42>;
- Entablillados y yesos, y aparatos relacionados;
- Servicios radiológicos para los cuales no se permite pago separado bajo el sistema OPSS, y otras pruebas diagnósticas o servicios de interpretación que forman parte integral de un procedimiento quirúrgico;
- Servicios administrativos, artículos de limpieza y mantenimiento de archivos;
- Materiales, incluyendo suministros y equipo para la administración y monitoreo de anestesia; y
- Supervisión de servicios de un anestesista por parte de un cirujano.

Además, Medicare pagará a los ASCs por separado por ciertos servicios auxiliares cubiertos que son suministrados como parte integral de un procedimiento quirúrgico cubierto de ASC. Estos servicios son:

- Fuentes de braquiterapia;
- Ciertos artículos implantables que tienen estatus “pass through” bajo el sistema de pago OPSS;

## We Are Glad You Asked!

- *Surgical dressings;*
- *Implanted prosthetic devices, including intraocular lenses (IOLs), and related accessories and supplies not on pass-through status under Subpart G of Part 419.62 of 42 CFR located at <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&rgn=div8&view=text&node=42:3.0.1.1.6.7.1.1&idno=42>;*
- *Implanted DME and related accessories and supplies not on pass-through status under Subpart G of Part 419 of 42 CFR located at <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&rgn=div8&view=text&node=42:3.0.1.1.6.7.1.1&idno=42>;*
- *Splints and casts and related devices;*
- *Radiology services for which separate payment is not allowed under the OPSS, and other diagnostic tests or interpretive services that are integral to a surgical procedure;*
- *Administrative, recordkeeping and housekeeping items and services;*
- *Materials, including supplies and equipment for the administration and monitoring of anesthesia; and*
- *Supervision of the services of an anesthesiologist by the operating surgeon.*

*In addition, Medicare will pay ASCs separately for certain covered ancillary services that are provided integral to a covered ASC surgical procedure. The services are:*

- *Brachytherapy sources;*
- *Certain implantable items that have pass-through status under the Outpatient Prospective Payment System (OPSS);*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- Ciertos artículos y servicios que CMS designa para que el contratista establezca el precio (“contractor-priced”), incluyendo, pero sin limitarse a, la obtención de tejido de córnea;
- Ciertos medicamentos y biológicos para los cuales se permite pago separado bajo el sistema de pago OPPS; y
- pago OPPS;

A partir del 1 de enero de 2008, el pago a instalaciones ASC por concepto de medicamentos y biológicos incluye aquellos que usualmente no son auto-administrados, y que se consideran englobados en el pago por concepto de procedimientos quirúrgicos bajo el sistema de pago OPPS. Comenzando el 1 de enero de 2008, Medicare hará pagos separados a los ASCs por concepto de medicamentos y biológicos que se suministran como parte integral de un procedimiento quirúrgico cubierto de ASC y que son pagaderos por separado bajo el sistema de pago OPPS.

### **Sección 10.4. (Coverage of Services in ASCs, Which Are Not ASC Facility Services)**

#### **Servicios Médicos**

Incluye la mayoría de los servicios cubiertos realizados en ASCs, que no se consideran servicios de instalaciones de ASC. Como consecuencia, los médicos que realicen servicios cubiertos en ASCs podrán facturar y recibir pago por separado bajo la Parte B. Los servicios médicos incluyen a los anesthesiologos que administran o supervisan la administración de anestesia a los beneficiarios en ASCs y a los beneficiarios que se recuperan de la anestesia.

#### **Equipo Médico Duradero (DME) Implantable**

Si el ASC suministra artículos de Equipo Médico Duradero (DME) implantables a beneficiarios, el ASC factura y recibe pago del Contratista Local o del A/B MAC por concepto del procedimiento quirúrgico y el aparato implantable. Cuando el procedimiento quirúrgico no se encuentra en la lista ASC, el médico factura al Contratista o A/B MAC por ambos, el procedimiento y el aparato implantado, codificando el ASC como el lugar de servicio (POS - Código 24) en la factura.

## We Are Glad You Asked!

- *Certain items and services that CMS designates as contractor-priced, including, but not limited to, the procurement of corneal tissue;*
- *Certain drugs and biologicals for which separate payment is allowed under the OPPS; and*
- *Certain radiology services for which separate payment is allowed under the OPPS.*

Beginning January 1, 2008, the ASC facility payment for drugs and biologicals includes those that are not usually self-administered, and are considered to be packaged into the payment for the surgical procedure under the outpatient prospective payment system (OPPS). Beginning January 1, 2008, Medicare makes separate payment to ASCs for drugs and biologicals that are furnished integral to an ASC covered surgical procedure and are separately payable under the OPPS.

### **Section 10.4. (Coverage of Services in ASCs, Which Are Not ASC Facility Services)**

#### **Physician Services**

*Includes most covered services performed in ASCs, which are not considered ASC facility services. Consequently, physicians who perform covered services in ASCs may bill and receive separate payment under Part B. Physicians' services include the services of anesthesiologists administering or supervising the administration of anesthesia to beneficiaries in ASC's and the beneficiaries' recovery from the anesthesia.*

#### **Implantable Durable Medical Equipment (DME)**

*If the ASC furnishes items of implantable DME items to beneficiaries, the ASC bills and receives payment from the local carrier or A/B MAC for the surgical procedure and the implantable device. When the surgical procedure is not on the ASC list, the physician bills the carrier or A/B MAC for both the surgical procedure and the implanted device, coding the ASC as the place of service (POS code 24) on the bill.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### **DME No Implantable**

Si el ASC suministra artículos de equipo DME no implantables a beneficiarios, se tratará como un suplidor DME, y aplicarán todas las reglas y condiciones que regularmente aplican a los DME, incluyendo obtener un número de suplidor y enviar la facturación al DME MAC, cuando aplique.

### **Servicios de Laboratorios Independientes**

Según se indica en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 14, Sección 10.2., sólo una cantidad limitada y ciertos tipos de pruebas de diagnóstico se consideran servicios de ASC y se incluyen en las tarifas de pago a instalaciones ASC. Debido a que la Sección 1861(s) de la Ley limita la cubierta de pruebas diagnósticas de laboratorio en instalaciones que no son sus oficinas médicas, clínicas rurales de salud, u hospitales a aquellos que cumplen la definición estatutaria de un "laboratorio independiente", en la mayoría de los casos, las pruebas diagnósticas que realiza un ASC directamente no se consideran servicios de instalaciones de ASC y no están cubiertas por Medicare.

El laboratorio ASC debe tener certificación CLIA y tendrá que registrarse con un Contratista o A/B MAC, como un laboratorio, y el laboratorio clínico certificado debe facturar por los servicios prestados a los beneficiarios en el ASC. De lo contrario, el ASC tendrá que hacer arreglos con laboratorios cubiertos para poder brindar servicios de laboratorio, según se establece en el 42CFR416.49, disponible en el siguiente enlace: <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=737c29dc4bb9dd89c5b72ca82f9b40c5&rgn=div8&view=text&node=42:3.0.1.1.3.3.1.10&idno=42>.

### **Sección 20 (List of Covered Ambulatory Surgical Center Procedures)**

Las listas completa de procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos y servicios auxiliares ASC cubiertos; los indicadores de pago aplicables, tarifas de pago para cada procedimiento quirúrgico cubierto y servicios auxiliares antes de los ajustes por variaciones regionales de salarios; y las tarifas

## We Are Glad You Asked!

### **Non-Implantable DME**

*If the ASC furnishes items of non-implantable DME to beneficiaries, it is treated as a DME supplier, and all the rules and conditions ordinarily applicable to DME are applicable, including obtaining a supplier number and billing the DME MAC where applicable.*

### **Services of Independent Laboratory**

*As noted in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 14, Section 10.2., only very limited numbers and types of diagnostic tests are considered ASC facility services and are included in the ASC facility payment rate. Since Section 1861(s) of the Act limits coverage of diagnostic lab tests in facilities other than physicians' offices, rural health clinics, or hospitals to those that meet the statutory definition of an independent laboratory, in most cases, diagnostic tests that an ASC performs directly are not considered ASC facility services and not covered under Medicare.*

*The ASC's laboratory must be CLIA certified and will need to enroll with the carrier or A/B MAC, as a laboratory and the certified clinical laboratory must bill for the services provided to the beneficiary in the ASC. Otherwise, the ASC must make arrangements with a covered laboratory or laboratories for laboratory services, as set forth in 42CFR416.49 located at <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=737c29dc4bb9dd89c5b72ca82f9b40c5&rgn=div8&view=text&node=42:3.0.1.1.3.3.1.10&idno=42> on the Internet.*

### **Section 20 (List of Covered Ambulatory Surgical Center Procedures)**

*The complete lists of ASC covered surgical procedures and ASC covered ancillary services; the applicable payment indicators, payment rates for each covered surgical procedure and ancillary services before*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

de pago ajustadas por salarios, así como los índices de salario están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/ASCPAYMENT>.

### **Sección 20.1 (Nature and Applicability of ASC List)**

La lista de procedimientos ASC cubiertos indica procedimientos que están cubiertos y se pagan si se realizan en un ambiente ASC. No se requiere que el procedimiento quirúrgico cubierto se realice solamente en un ASC. La decisión respecto al ambiente de cuidado más apropiado para un procedimiento quirúrgico particular será tomada por el médico a base de las necesidades clínicas individuales y las preferencias del beneficiario. Además, todas las reglas generales de cubierta requieren que cualquier procedimiento que se determine “razonable y necesario” para el beneficiario aplicarán a servicios ASC de la misma manera que en el resto de los servicios cubiertos.

### **Sección 20.2. (Types of Services Included on the List)**

Los procedimientos aprobados por Medicare son todos considerados “procedimientos quirúrgicos” para propósitos de cubierta ASC, sin importar el uso del procedimiento. Por ejemplo, muchos procedimientos de “oscopia” enumerados (broncoscopia, laringoscopia, etc.) podrían realizarse para propósitos diagnósticos o terapéuticos, inclusive, o aún ambos a la misma vez, como es el caso donde la “oscopia” permite tanto la detección como la remoción de un pólipo. Estos procedimientos se consideran “procedimientos quirúrgicos” dentro del contexto de las estipulaciones de los ASC. Además, comúnmente se piensa que los procedimientos quirúrgicos son aquellos que envuelven una incisión de algún tipo, ya sea que se realice mediante un escalpelo o (más recientemente) mediante el uso de láser, seguido de la remoción o reparación de un órgano u otro tejido.

En años recientes, el desarrollo de la tecnología de fibra óptica, junto a nuevos instrumentos quirúrgicos que utilizan esta tecnología, ha resultado en procedimientos quirúrgicos que, aún siendo invasivos y manipulativos, no requieren

## We Are Glad You Asked!

*adjustments for regional wage variations; and the wage adjusted payment rates, and wage indices are available at <http://www.cms.hhs.gov/ASCPAYMENT> on the CMS website.*

### **Section 20.1 (Nature and Applicability of ASC List)**

*The ASC list of covered procedures indicates procedures, which are covered and paid for if performed in the ASC setting. It does not require the covered surgical procedures to be performed only in ASCs. The decision regarding the most appropriate care setting for a given surgical procedure is made by the physician based on the beneficiary's individual clinical needs and preferences. In addition, all the general coverage rules requiring that any procedure be reasonable and necessary for the beneficiary are applicable to ASC services in the same manner as all other covered services.*

### **Section 20.2. (Types of Services Included on the List)**

*The Medicare approved procedures are all considered “surgical procedures” for purposes of ASC coverage, regardless of the use of the procedure. For example, many of the “oscopy” procedures listed - bronchoscopy, laryngoscopy, etc., may be employed for either diagnostic or therapeutic purposes, or even both at the same time, such as when the “oscopy” permits both detection and removal of a polyp. Those procedures are considered “surgical procedures” within the context of the ASC provision. In addition, surgical procedures are commonly thought of as those involving an incision of some type, whether done with a scalpel or (more recently) a laser, followed by removal or repair of an organ or other tissue.*

*In recent years, the development of fiber optics technology, together with new surgical instruments using that technology, has resulted in surgical procedures that, while invasive and manipulative, do not require incisions. Instead, the procedures are performed without an incision*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

incisiones. En su lugar, los procedimientos se realizan sin necesidad de incisión, a través de varios orificios corporales. Estos procedimientos, algunos de los cuales incluyen el procedimiento “oscopia” mencionado anteriormente, también se consideran procedimientos quirúrgicos para propósitos de las estipulaciones de los ASC, y muchos están incluidos en la lista de procedimientos cubiertos.

La lista de procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos se compone de procedimientos quirúrgicos que CMS determina no representan un riesgo significativo a la seguridad y que no se espera requieran una estadía de una noche en hospital, luego del procedimiento quirúrgico.

Los procedimientos quirúrgicos se definen como códigos CPT Categoría I, dentro de la gama de códigos CPT, del 10000 hasta el 69999. También considerados a ser incluidos dentro de esa gama de códigos están los códigos HCPCS Nivel II y los Códigos CPT Categoría III que se trasladan o son clínicamente similares a los códigos CPT Categoría I en esa gama.

Los códigos quirúrgicos que se incluyen en la lista de procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos son aquellos que han sido determinados como que no representan riesgo significativo a la seguridad del beneficiario de Medicare cuando se realizan en los ASCs, y que no se espera que requieran monitoreo médico activo para la medianoche del día en que se realiza el procedimiento quirúrgico (estadía de una noche).

Los procedimientos que están incluidos en la lista de pacientes hospitalizados utilizada bajo el Sistema Prospectivo de Pago para pacientes ambulatorios de Medicare y procedimientos que solamente pueden reportarse haciendo uso de un código CPT Categoría I no listado, se consideran procedimientos que representan un riesgo significativo a la salud de los beneficiarios en un ASC y no son elegibles para designación y cubierta como procedimientos quirúrgicos cubiertos.

### **Sección 30 (Rate-Setting Policies)**

Generalmente, hay dos elementos primarios en el costo total de realizar un procedimiento quirúrgico:

## We Are Glad You Asked!

*through various body openings. Those procedures, some of which include the “oscopy” procedures mentioned above, are also considered surgical procedures for purposes of the ASC provision, and several are included in the list of covered procedures.*

*The ASC list of covered surgical procedures is comprised of surgical procedures that CMS determines do not pose a significant safety risk and are not expected to require and overnight stay following the surgical procedure.*

*Surgical procedures are defined as Category I CPT codes within the surgical range of CPT codes, 10000 through 69999. Also considered to be included within that code range are Level II HCPCS and Category III CPT codes that crosswalk to or are clinically similar to the Category I CPT codes in the range.*

*The surgical codes that are included on the ASC list of covered surgical procedures are those that have been determined to pose no significant safety risk to Medicare beneficiaries when furnished in ASCs and that are not expected to require active medical monitoring at midnight of the day on which the surgical procedure is performed (overnight stay).*

*Procedures that are included on the inpatient list used under Medicare’s hospital outpatient prospective payment system and procedures that can only be reported by using an unlisted Category I CPT code are deemed to pose significant safety risk to beneficiaries in ASCs and are not eligible for designation and coverage as covered surgical procedures.*

### **Section 30 (Rate-Setting Policies)**

*Generally, there are two primary elements in the total cost of performing a surgical procedure:*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- El costo de los servicios profesionales del médico que realiza el procedimiento; y,
- El costo de servicios prestados por la instalación donde se realiza el procedimiento (ejemplo: suministros y equipos quirúrgicos y servicios de enfermería). Para una discusión de la metodología de pago ASC, refiérase al artículo MLN Matters SE0742, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf>.

### **Sección 40.3 (Payment for Intraocular Lens (IOLs))**

A partir del 1 de enero de 2008, el pago de Medicare por concepto de lentes intraoculares (IOL por sus siglas en inglés) está incluido en el pago de Medicare para los procedimientos quirúrgicos asociados. Consecuentemente, no se hará pago separado por la inserción de IOL, excepto cuando se trata de un IOL de nueva tecnología, según se discute en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 14, Sección 40.3.1. Si un ASC factura por concepto de un IOL de nueva tecnología que se suministra en asociación con un procedimiento ASC cubierto, el contratista hará un pago de ajuste por separado de \$50 para el IOL de nueva tecnología. El pago del IOL de nueva tecnología está sujeto al co-aseguro del beneficiario, pero no lleva ajuste por salario. El sistema de codificación lógica (“*hard coded system logic*”) que excluye la reducción de \$150 por cirugía múltiple de inserción de IOLs no aplicará, vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008.

### **Sección 40.4 (Payment for Terminated Procedures)**

Las instalaciones ASC utilizan el modificador 73 para indicar que el procedimiento concluyó previo a la inducción de la anestesia.

Antes del 1 de enero de 2008, los Contratistas o A/B MACs deducen la cantidad estipulada de un IOL sin utilizarse, antes de calcular el pago para un procedimiento de inserción de IOL ya concluido.

## We Are Glad You Asked!

- *The cost of the physician’s professional services for performing the procedure; and,*
- *The cost of services furnished by the facility where the procedure is performed (e.g., surgical supplies and equipment and nursing services). For a discussion of the ASC payment methodology, see MLN Matters article SE0742 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf> on the CMS website.*

### **Section 40.3 (Payment for Intraocular Lens (IOLs))**

*Beginning January 1, 2008, the Medicare payment for the IOL is included in the Medicare payment for the associated surgical procedure. Consequently, no separate payment for the IOL will be made, except for a new technology IOL as discussed under the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 14, Section 40.3.1. If an ASC bills for a new technology IOL that is provided in association with a covered ASC procedure, the contractor will make a separate payment adjustment of \$50 for the new technology IOL. The payment for the new technology IOL is subject to beneficiary coinsurance but is not wage adjusted. The hard coded system logic that excludes the \$150 for IOLs for multiple surgery reduction will not apply effective for dates of services on or after January 1, 2008.*

### **Section 40.4 (Payment for Terminated Procedures)**

*Facilities use a 73 modifier to indicate that the procedure terminated prior to induction of anesthesia.*

*Prior to January 1, 2008, carriers or A/B MACs deduct the allowance for an unused IOL prior to calculating payment for a terminated IOL insertion procedure.*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

A partir del 1 de enero de 2008, el pago de inserción de un IOL está incluido en el pago del procedimiento quirúrgico para la implantación de lentes.

A partir del 1 de enero de 2008, los Contratistas de Medicare aplicarán una reducción de un 50% al pago de procedimientos radiológicos discontinuados y otros procedimientos que no requieren anestesia. Las instalaciones hacen uso del modificador - 52 para indicar la discontinuación de esos procedimientos aplicables.

A partir del 1 de enero de 2008, los servicios quirúrgicos ASC facturados con modificadores - 52 o - 73 no estarán sujetos al descuento de procedimientos múltiples.

### **Sección 40.5. (Payment for Multiple Procedures)**

Cada procedimiento quirúrgico tiene su propio código CPT-4. Cuando se realiza más de un procedimiento quirúrgico en la misma sesión, aplican reglas de pago especiales, aún si estos servicios tienen el mismo número de código CPT-4.

Cuando el ASC realiza procedimientos quirúrgicos múltiples en la misma sesión operatoria que están sujetos al descuento por procedimientos múltiples, los Contratistas basan la tarifa de pago de instalación de cuidado de salud para el ASC en el 100% del procedimiento de mayor pago, más el 50% de la tarifa aplicable ajustada por salario para los otros procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos, sujeto al descuento por procedimientos múltiples que se realizan en la misma sesión.

La reducción por pago de procedimientos múltiples es la última rutina de pago aplicada a códigos de procedimientos ASC a partir del 1 de enero de 2008. Para determinar la clasificación de procedimientos para la aplicación de reducción por procedimientos múltiples, los Contratistas deben utilizar el menor de los cargos facturados o la cantidad del pago ASC. Los servicios quirúrgicos ASC facturados con un modificador -73 y -52 no estarán sujetos a más

## We Are Glad You Asked!

*Beginning January 1, 2008, payment for an IOL is included in the payment for the surgical procedure to implant the lens.*

*Beginning January 1, 2008, Medicare contractors will apply a 50 percent payment reduction for discontinued radiology procedures and other procedures that do not require anesthesia. Facilities use the - 52 modifier to indicate the discontinuance of these applicable procedures.*

*Beginning January 1, 2008, ASC surgical services billed with the - 52 or - 73 modifiers are not subject to the multiple procedure discount.*

### **Section 40.5. (Payment for Multiple Procedures)**

*Each surgical procedure has its own CPT-4 code. When more than one surgical procedure is performed in the same operative session, special payment rules apply even if the services have the same CPT-4 code number.*

*When the ASC performs multiple surgical procedures in the same operative session that are subject to the multiple procedure discount, contractors base the ASC facility payment rate on 100% of the highest paid procedure, plus 50 percent of applicable wage adjusted rate(s) for the other ASC covered surgical procedures subject to the multiple procedure discount that are furnished in the same session.*

*The multiple procedure payment reduction is the last pricing routine applied beginning January 1, 2008 to applicable ASC procedure codes. In determining the ranking of procedures for application of the multiple procedure reduction, contractors shall use the lower of the billed charge or the ASC payment amount. The ASC surgical services billed with modifier -73 and -52 will not be subjected to further pricing reductions (i.e., the multiple procedure price reduction rules*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

reducciones de pago (por ejemplo, no se aplicarán las reglas de reducción de precio por procedimientos múltiples). El pago de un procedimiento quirúrgico ASC facturado con un modificador -74 puede estar sujeto al descuento por procedimientos múltiples, si dicho procedimiento quirúrgico está sujeto al descuento por procedimientos múltiples.

### **Sección 40.6 (Payment for Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL))**

A partir del 1 de enero 2008, con el sistema revisado de pago ASC, los Contratistas pueden pagar por cualquier servicio ESWL que está incluido en la lista de procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos.

### **Sección 40.7 (Offset for Payment for Pass-Through Devices Beginning January 1, 2008)**

Bajo el sistema de pago revisado, puede haber situaciones donde los Contratistas deberán reducir la cantidad de pago aprobada para procedimientos específicos identificados cuando se proveen conjuntamente con un aparato específico con estatus "pass-through". Esta reducción se aplicaría solamente cuando servicios por pares de códigos específicos se proveen el mismo día, por el mismo proveedor. Los pares de códigos sujetos a esta política se actualizarían trimestralmente. CMS informará a los Contratistas de Medicare de los pares de códigos y el porcentaje de reducción tomado de la tarifa de pago del procedimiento mediante una tabla de búsqueda ("look-up table").

### **Sección 40.8 (Payment When a Device is Furnished With No Cost or With Full or Partial Credit Beginning January 1, 2008)**

Los Contratistas pagarán a los ASCs una cantidad reducida para ciertos procedimientos específicos cuando el aparato se suministra sin costo, o si se recibió crédito parcial o total por el mismo (ejemplo: recolección de un aparato "device recall"). Para los códigos de procedimientos especificados que incluyen el pago por concepto de un aparato, se les requiere a los ASCs que incluyan un modificador FB en el código de procedimiento cuando se suministra el aparato sin costo, o si otorga un crédito total al costo del mismo.

## We Are Glad You Asked!

*will not apply). Payment for an ASC surgical procedure billed with modifier -74 may be subject to the multiple procedure discount if that surgical procedure is subject to the multiple procedure discount.*

### **Section 40.6 (Payment for Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL))**

*Beginning January 1, 2008 with the revised ASC payment system, contractors may pay for any of the ESWL services that are included on the ASC list of covered surgical procedures.*

### **Section 40.7 (Offset for Payment for Pass-Through Devices Beginning January 1, 2008)**

*Under the revised payment system, there can be situations where contractors must reduce (cut back) the approved payment amount for specifically identified procedures when provided in conjunction with a specific pass-through device. This reduction would only be applicable when services for specific pairs of codes are provided on the same day by the same provider. Code pairs subject to this policy would be updated quarterly. The CMS will inform Medicare contractors of the code pairs and the percent reduction taken from the procedure payment rate through a "look-up" table.*

### **Section 40.8 (Payment When a Device is Furnished With No Cost or With Full or Partial Credit Beginning January 1, 2008)**

*Contractors pay ASCs a reduced amount for certain specified procedures when a device is furnished without cost or for which either a partial or a full credit is received (e.g., device recall). For specified procedure codes that include payment for a device, ASCs are required to include an FB modifier on the procedure code when a device is furnished without cost or for which full credit is received.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

Si el ASC recibe crédito parcial por un aparato, se le requiere al ASC que incluya el modificador FC en el código de procedimiento. No se debe someter un solo código de procedimiento con dos modificadores, el FB y el FC. La determinación de precio relacionada a los modificadores FB y FC se realiza antes de la aplicación de reducciones en pago por procedimientos múltiples.

Las políticas de pago de CMS en la Sección 40.9 (*Payment for Presbyopia Correcting IOLs (P-C IOLs and Astigmatism Correcting IOLs (A-C IOLs)*) y el reconocimiento de los lentes intraoculares que corrigen presbiopía (P-C IOLs por sus siglas en inglés) y los lentes intraoculares que corrigen astigmatismo (A-C IOLs por sus siglas en inglés) están incluidos en el "Transmittal" 636 (CR3927) y en el "Transmittal" 1228 (CR5527), respectivamente. Vea la lista actualizada de P-C IOLs y A-C IOLs reconocidos por CMS en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://cms.hhs.gov/center/asc.asp>.

### **Sección 50 (ASC Procedures for Completing the Form CMS-1500)**

El código de Lugar de Servicio (POS) para procedimientos realizados en un ASC es el 24.

Antes del 1 de enero de 2008, el código de Tipo de Servicio (TOS) era "F" (ASC Facility Usage for Surgical Services) y es apropiado cuando el modificador SG aparece en la reclamación ASC. De lo contrario, el Tipo de Servicio (TOS) 2 (cirugía) por concepto de servicios profesionales prestados en un ASC es el apropiado.

A partir del 1 de enero de 2008, no se le requerirá a los ASC la inclusión del modificador SG en reclamaciones de instalaciones para Medicare. Se requiere el uso del modificador TC, a menos que el CPT-4 ya defina el código como componente técnico solamente.

### **Sección 60 (Medicare Summary Notices (MSN), Claim Adjustment Reason Codes, Remittance Advice Remark Codes (RAs)).**

#### **Sección 60.1 (Applicable messages for NTIOLs)**

Los Contratistas o A/B MACs devolverán, como no procesable, cualquier reclamación por concepto de lentes intraoculares de nueva tecnología (NTIOLs por sus siglas en inglés) que contengan

## We Are Glad You Asked!

*If the ASC receives a partial credit for the device, the ASC is required to include the FC modifier on the procedure code. A single procedure code should not be submitted with both a FB and a FC modifier. The pricing determination related to the FB and FC modifiers is performed prior to the application of the multiple procedure pricing reductions.*

### **Section 40.9 (Payment for Presbyopia Correcting IOLs (P-C IOLs and Astigmatism Correcting IOLs (A-C IOLs)**

*CMS payment policies and recognition of P-C IOLs and A-C IOLs are contained in Transmittal 636 (CR3927) and Transmittal 1228 (CR5527) respectively. See <http://cms.hhs.gov/center/asc.asp> for a current list of CMS recognized P-C IOL and A-C IOL lenses.*

### **Section 50 (ASC Procedures for Completing the Form CMS-1500)**

*The Place of Service (POS) code is 24 for procedures performed in an ASC.*

*Prior to January 1, 2008, Type of Service (TOS) code is "F" (ASC Facility Usage for Surgical Services) is appropriate when modifier SG appears on an ASC claim. Otherwise TOS "2" (surgery) for professional services rendered in an ASC is appropriate.*

*Beginning January 1, 2008, ASCs no longer are required to include the SG modifier on facility claims in Medicare. Modifier - TC is required unless the code definition is for the technical component only.*

### **Section 60 (Medicare Summary Notices (MSN), Claim Adjustment Reason Codes, Remittance Advice Remark Codes (RAs)).**

#### **Section 60.1 (Applicable messages for NTIOLs)**

*Carriers or A/B MACs will return, as unprocessable, any claims for NTIOLs containing Q1003 alone or with a code other than one of the procedure codes listed in*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

el código Q1003 solamente, o con un código que no sea uno de los códigos de procedimiento enumerados en la Sección 40.5.2, Capítulo 14, del *Medicare Claims Processing Manual*. Deberán hacer uso de los siguientes mensajes para estas reclamaciones devueltas:

- Código de Razón de Ajuste de la Reclamación 16 - La reclamación/servicio carece de información necesaria para la adjudicación. Se provee información adicional mediante el uso de códigos de comentario de Aviso de Remesa siempre que resulte apropiado;
- Código de Comentario de RA M67 - Otros códigos de procedimiento inválidos/incompletos/ausentes; y
- Código de Comentario de RA MA130 - Su reclamación contiene información inválida y/o incompleta, y no se le otorgarán derechos de apelación debido a que la reclamación no es procesable. Por favor, someta una nueva reclamación con la información correcta/completa.

Los Contratistas de la Parte B o A/B MACs denegarán el pago del código Q1003 si los servicios se suministran en una instalación que no sea una ASC aprobada por Medicare, y utilizarán los siguientes mensajes al momento de denegar dichas reclamaciones:

- MSN 16.2 - Este servicio no puede pagarse cuando se suministra en esta instalación/localidad; y
- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 58 - Pago ajustado debido a que el pagador considera que el tratamiento se prestó en un lugar de servicio inapropiado o inválido.

Los Contratistas o A/B MACs denegarán el pago del código Q1003 si se factura por una entidad que no es un ASC aprobado por Medicare, y utilizarán los siguientes mensajes al momento de denegar dichas reclamaciones:

- MSN 33.1 – El centro de cirugía ambulatoria debe facturar por este servicio; y
- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 170 – El pago se deniega cuando se realiza/factura por este tipo de proveedor.

## We Are Glad You Asked!

*Section 40.5.2, Chapter 14, of the Medicare Claims Processing Manual. They will use the following messages for these returned claims:*

- *Claim Adjustment Reason Code 16 - Claim/service lacks information, which is needed for adjudication. Additional information is supplied using remittance advice remark codes whenever appropriate;*
- *RA Remark Code M67 - Missing/Incomplete/Invalid other procedure codes; and*
- *RA Remark Code MA130 - Your claim contains incomplete and/or invalid information, and no appeal rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.*

*Carriers or A/B MACs will deny payment for Q1003 if services are furnished in a facility other than a Medicare-approved ASC and use the following messages when denying these claims:*

- *MSN 16.2 - This service cannot be paid when provided in this location/facility; and*
- *Claims Adjustment Reason Code 58 - Payment adjusted because treatment was deemed by the payer to have been rendered in an inappropriate or invalid place of service.*

*Carriers or A/B MAC will deny payment for Q1003 if billed by an entity other than a Medicare-approved ASC and use the following messages when denying these claims:*

- *MSN 33.1 - The ambulatory surgical center must bill for this service; and*
- *Claim Adjustment Reason Code 170 - Payment is denied when performed/billed by this type of provider.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

Los Contratistas o A/B MACs deben denegar el pago del código Q1003 si se somete para pago luego de la fecha de discontinuación (luego del periodo de 5 años, o luego del 26 de febrero de 2011) y utilizarán los siguientes mensajes para denegar estas reclamaciones:

- MSN 21.11 - Este servicio no estaba cubierto por Medicare al momento en que usted lo recibió; y
- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 27 - Gastos incurridos luego de terminada su cubierta.

### **Sección 60.2 (Applicable messages for ASC 2008 payment changes effective January 1, 2008)**

Los Contratistas denegarán servicios no incluidos en los archivos de pago a instalaciones ASC (archivos ASCFS y MEDICAMENTOS ASC) cuando lo factura el ASC (especialidad 49) en Lugar de Servicio (POS) 24 haciendo uso de los siguientes mensajes:

- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 8 - El código de procedimiento no es consecuente con el tipo/especialidad del proveedor;
- Código de Comentario de RA N95 - Este tipo de proveedor/especialidad de proveedor no puede facturar por este servicio; y
- MSN 26.4 - Este servicio no está cubierto cuando se realiza por este proveedor.

Si no hay un procedimiento quirúrgico ASC aprobado en la misma fecha de servicio para el ASC que factura en su archivo de historia, los contratistas devolverán reclamaciones/líneas de reclamaciones de aparatos "pass-through", reclamaciones/líneas de reclamaciones de braquiterapia, reclamaciones/líneas de reclamaciones de códigos de medicamentos (incluyendo C9399), y cualquier otra reclamación/línea de reclamación de servicios auxiliares, tales como procedimientos de radiología en la lista de ASCFS o la lista de MEDICAMENTOS ASC como no procesables, haciendo uso de los siguientes mensajes:

## We Are Glad You Asked!

*Carriers or A/B MACs shall deny payment for Q1003 if submitted for payment past the discontinued date (after the 5-year period, or after February 26, 2011) and use the following messages when denying these claims:*

- *MSN 21.11 - This service was not covered by Medicare at the time you received it; and*
- *Claim Adjustment Reason Code 27 - Expenses incurred after coverage terminated.*

### **Section 60.2 (Applicable messages for ASC 2008 payment changes effective January 1, 2008)**

*Contractors shall deny services not included on the ASC facility payment files (ASCFS and ASC DRUG files) when billed by ASCs (specialty 49) for POS 24 using the following messages:*

- *Claim Adjustment Reason Code 8 - The procedure code is inconsistent with the provider type/specialty;*
- *RA Remark Code N95 - This provider type/provider specialty may not bill this service; and*
- *MSN 26.4 - This service is not covered when performed by this provider.*

*If there is no approved ASC surgical procedure on the same date for the billing ASC in history, contractors will return pass-through device claims/line items, brachytherapy claims/line items, drug code (including C9399) claims/line items, and any other ancillary service claims/line items such as radiology procedure claim/line items on the ASCFS list or ASC DRUG list as unprocessable using the following messages:*

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 16 - Servicio/reclamación carece de información, necesaria para la adjudicación. Se provee información adicional mediante los códigos de comentario de RA, siempre que sea apropiado;
- Código de Comentario de RA MA109 - Reclamación procesada de acuerdo a las guías de cirugía ambulatoria; y
- Código de Comentario de RA M16 - Por favor, refiérase al sitio Web, publicaciones y boletines, para más detalles sobre esta política/procedimiento/decisión (a discreción del Contratista).

Los Contratistas deben denegar todo servicio auxiliar (por ejemplo, el componente técnico de servicios de radiología) en la lista ASCFS facturada por especialistas, aparte de la especialidad 49, suministrados en un ambiente ASC (POS 24), haciendo uso de los siguientes mensajes:

- MSN 16.2 - Este servicio no puede pagarse cuando se provee en esta instalación/localidad;
- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 171 - Pago se deniega cuando se realiza/factura por este tipo de proveedor en este tipo de instalación.
- Código de Comentario de RA M97 - No pagadero al profesional de la salud cuando se provee al paciente en este lugar de servicio (POS). El pago está incluido en el reembolso emitido a su instalación; y
- Código de Comentario de RA M16 - Por favor, refiérase al sitio Web, publicaciones o boletines, para más detalles sobre esta política/procedimiento/decisión (a discreción del Contratista).

Los Contratistas denegarán el pago de aparatos implantables facturados por separado, haciendo uso de los siguientes mensajes:

- MSN 16.32 - Medicare no paga este servicio por separado;

## We Are Glad You Asked!

- *Claim Adjustment Reason Code 16 - Claim/service lacks information, which is needed for adjudication. Additional information is supplied using remittance advice remark codes whenever appropriate;*
- *RA Remark Code MA 109 - Claim processed in accordance with ambulatory surgical guidelines; and.*
- *RA Remark Code M16 - Please see our Web site, mailings or bulletins for more details concerning this policy/procedure/decision (at contractor discretion).*

*Contractors shall deny all ancillary services (e.g., radiology technical component) on the ASCFS list billed by specialties other than specialty 49 provided in an ASC setting (POS 24) using the following messages:*

- *MSN 16.2 – This service cannot be paid when provided in this location/facility;*
- *Claim Adjustment Reason Code 171 - Payment is denied when performed/billed by this type of provider in this type of facility;*
- *RA Remark Code M97 - Not paid to practitioner when provided to patient in this place of service. Payment included in the reimbursement issued the facility; and*
- *RA Remark Code M16 - Please see our Web site, mailings or bulletins for more details concerning this policy/procedure/decision (at contractor discretion).*

*Contractors shall deny separately billed implantable devices using the following messages:*

- *MSN 16.32 - Medicare does not pay separately for this service;*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

- Código de Comentario de RA M97 - No pagadero al profesional de salud cuando se suministra el servicio al paciente en este lugar de servicio (POS). El pago está incluido en el reembolso emitido a la instalación;
- Códigos de Comentario de RA M15 - Servicios/Pruebas facturadas separadamente se agruparon ya que se consideran componentes de un mismo procedimiento. No se permite el pago por separado;
- Código MA 109 - Reclamación procesada de acuerdo a las guías de cirugía ambulatoria; y
- Código M16 - Por favor, refiérase al sitio Web, publicaciones y boletines, para más detalles sobre esta política/procedimiento/decisión (a discreción del Contratista).

Si existe un procedimiento quirúrgico aprobado que está relacionado para el ASC que factura, en esa misma fecha de servicio, también incluirán el siguiente mensaje:

- MSN 16.8 – Pago está incluido con otro servicio prestado el mismo día.

### Capítulo 19 (Indian Health Services)

#### Sección 40.2.1 (Provider Enrollment with FI or AB MAC - Ambulatory Surgical Services)

Para fechas de servicio antes del 1 de enero de 2008, los proveedores IHS que desean facturar por concepto de cirugías en la lista de Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC) y recibir pago a base de las tarifas ASC, deben comunicarse con su FI o A/B MAC designado. Los proveedores IHS están certificados por una de varias organizaciones nacionales acreditadoras reconocidas por CMS, y cumplen con las condiciones para realizar procedimientos ASC.

Los departamentos ambulatorios de los centros IHS no están certificados como entidades ASC por separado. La clasificación ASC meramente significa que CMS le ha dado aprobación para facturar por concepto de servicios ASC y a recibir pagos a base de las tarifas ASC por concepto de servicios en la lista ASC. Para poder facturar por servicios ASC, el departamento ambulatorio del hospital debe cumplir con las condiciones de

## We Are Glad You Asked!

- *RA Remark Code M97 - Not paid to practitioner when provided to patient in this place of service. Payment included in the reimbursement issued the facility;*
- *RA Remark Codes M15 - Separately billed services/tests have been bundled as they are considered components of the same procedure. Separate payment is not allowed;*
- *MA 109 - Claim processed in accordance with ambulatory surgical guidelines; and*
- *M16 - Please see our web site, mailings or bulletins for more details concerning this policy/procedure/decision (contractor discretion).*

*If there is a related, approved surgical procedure for the billing ASC for the same date of service, they will also include the following message:*

- *MSN 16.8 - Payment is included in another service received on the same day.*

### Chapter 19 (Indian Health Services)

#### Section 40.2.1 (Provider Enrollment with FI or AB MAC - Ambulatory Surgical Services)

*For dates of service prior to January 1, 2008, IHS providers that want to bill for surgeries on the ambulatory surgical center (ASC) list and receive the ASC rate must contact their designated FI or AB MAC. IHS providers are certified by one of several national accrediting organizations recognized by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and meet the conditions for performing ASC procedures.*

*IHS hospital outpatient departments are not certified as separate ASC entities. The ASC indication merely means that CMS approved them to bill for ASC services and be paid based on the ASC rates for services on the ASC list. In order to bill for ASC services, the hospital outpatient department must meet*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

participación para hospitales, según se define en el 42CFS481, disponible en el siguiente enlace: [http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&tpl=/ecfrbrowse/Title42/42cfr482\\_main\\_02.tpl](http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&tpl=/ecfrbrowse/Title42/42cfr482_main_02.tpl).

La autoridad por parte de Medicare para pagar a los departamentos ambulatorios de hospitales IHS utilizando las tarifas ASC “freestanding” se incorporó a las regulaciones de Servicios de Salud Pública (*Public Health Service*) el 27 de diciembre de 1989. El primer hospital IHS solicitó y recibió aprobación de CMS para facturar por separado los procedimientos ASC, en las cantidades de pago grupal ASC apropiadas, para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 1987. Previamente, el hospital recibía reembolso de los procedimientos ASC por parte de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*) a base de la negociación de “Tarifas Todo Incluido” (*All Inclusive Rates*) para servicios ambulatorios en hospital. La justificación para la aprobación de esta solicitud se basó en que el hospital ya tenía certificación JCAHO; abarcando la capacidad de realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios, y el hecho de que los Hospitales de Cuidado Agudo (*Acute Care Hospital*) que proveen servicios a pacientes hospitalizados o ambulatorios, pueden realizar cualquier procedimiento quirúrgico dentro de sus capacidades y habilidades.

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, el FI o A/B MAC ya no podrá procesar reclamaciones de los ASCs en instalaciones IHS. Todo proveedor ASCs de instalaciones IHS, incluyendo a los departamentos ambulatorios en hospitales que solicitan pago a base de las tarifas ASC “freestanding” y los ASCs afiliados con un hospital pero que operan como una entidad separada, para propósitos de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios, deben registrarse con su Contratista de la Parte B o A/B MAC designado y someter a éstos sus reclamaciones.

### **Capítulo 26 (Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set)**

#### **Sección 10.7 (Type of Service (TOS))**

## We Are Glad You Asked!

*the conditions of participation for hospitals defined in 42CFR482 located at [http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&tpl=/ecfrbrowse/Title42/42cfr482\\_main\\_02.tpl](http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c=ecfr&sid=2196cd71379f6eba74e7f54cfe19fc60&tpl=/ecfrbrowse/Title42/42cfr482_main_02.tpl) on the Internet.*

*Authority for Medicare to pay IHS hospital outpatient departments using the freestanding ASC rates was incorporated into Public Health Service (PHS) regulations on December 27, 1989. The first IHS hospital requested and received approval from CMS to bill separately for ASC procedures at the appropriate ASC group payment amount for dates of service on or after October 1, 1987. Previously, the hospital was reimbursed for ASC procedures at the Office of Management and Budget (OMB) negotiated all-inclusive rate (AIR) for outpatient hospital services. The rationale for approving this request was that the hospital was already JCAHO certified; encompassing the ability to perform outpatient surgical procedures, and that acute care hospitals providing surgical inpatient or outpatient services can perform any surgical procedures within their capacity and capability.*

*Effective for dates of service on or after January 1, 2008, the FI or A/B MAC no longer processes claims for IHS ASCs. All IHS ASC providers, including hospital outpatient departments requesting payment based on freestanding ASC rates and ASCs affiliated with a hospital but operating as a distinct entity for the purpose of performing outpatient surgical services must enroll with and submit their claims to the designated carrier or A/B MAC.*

### **Chapter 26 (Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set)**

#### **Section 10.7 (Type of Service (TOS))**

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, el modificador SG ya no aplicará para servicios ASC de Medicare. Los proveedores ASC ya no tendrán que facturar haciendo uso del modificador SG en reclamaciones de instalaciones ASC de Medicare.

### **Revisiones al *Medicare Benefit Policy Manual***

Los cambios a este manual son básicamente los mismos, según sea apropiado, a aquellos realizados al *Medicare Claims Processing Manual*. Las porciones revisadas del *Medicare Benefits Policy Manual* se incluyen como anejo al CR5680 y se encuentran disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R77BP.pdf>.

### **Información Adicional**

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

Los dos “transmittals” relacionados al CR5680 se encuentran disponibles en <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1325CP.pdf> y en <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R77BP.pdf> en el sitio Web de CMS. Los capítulos revisados del manual que se discuten en este artículo se incluyen como anejo a estos transmittals. Dichos transmittals son la instrucción oficial enviada a su contratista de Medicare.

También, el artículo MLN Matters que provee un resumen del nuevo sistema de pago ASC se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf>.

## We Are Glad You Asked!

*Effective for services on or after January 1, 2008, the SG modifier is no longer applicable for Medicare ASC services. ASC providers will no longer be required to bill the SG modifier on Medicare ASC facility claims.*

### **Revisions to the *Medicare Benefit Policy Manual***

*Changes to this manual are basically the same, as appropriate, as those made to the Medicare Claims Processing Manual. The revised portions of the Medicare Benefits Policy Manual are also attached to CR5680 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R77BP.pdf> on the CMS website.*

### **Additional Information**

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

*The two transmittals related to CR5680 are at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1325CP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R77BP.pdf> on the CMS website. Attached to these transmittals are the revised manual chapters discussed in this article. These transmittals are the official instructions issued to your Medicare contractor.*

*Also, the MLN Matters article providing an overview of the new ASC payment system is at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0742.pdf> on the CMS website.*

MLN5680/Trans R1325CP and R77BP/CR5680/08-29-07/mlv-rrc

## Proveedores fuera del Programa Medicare

### PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

A continuación la lista de los Proveedores para Puerto Rico e Islas Vírgenes que decidieron no pertenecer al Programa Medicare desde el 14 de febrero de 2008:

## Opt-Out Providers From the Medicare Program

### MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

*Following are the Opt-Out Providers for Puerto Rico and the US Virgin Islands as of February 14, 2008:*

Provider Name	Provider Address	Opt-Out Period	
<b>Puerto Rico</b>			
Dr. Juan L. Romero Basso	3 Ave. Arterial Hostos Capital Center Ste. 806 Hato Rey, PR 00918	12/23/2004	1/13/2010
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	9/25/2005	9/24/2009
Dr. Osvaldo Font de Santiago	Muñoz Rivera #1007 A Cond. Darlington Ste. 1001 Río Piedras, PR 00918	9/26/2005	9/25/2007
Dr. Ricardo E. Sánchez Ortiz	400 Roosevelt Ave. Clínica Las Américas San Juan, PR 00918	3/1/2007	2/28/2009
Dr. Enrique Escobar Medina	Luis Muñoz Marín Ave. Hosp. HIMA 123 Caguas, PR 00725	1/1/2008	12/31/2010
Premier Spine P & C	Suite 123 HIMA - San Pablo Caguas, PR 00725	1/1/2008	12/31/2010
<b>U.S. Virgin Islands</b>			
Dr. James P Clayton	Suite 205 6500 Red Hook Plaza St. Thomas VI 00802-1306	7/1/2007	8/30/2009
Dr. Roy Schneider	Suite 209 Sugar Estate St. Thomas, VI 00802	5/8/2007	5/7/2009
Dr. Brian C. Cheetham	Ste. A211 VI Med Foundation 9150 Estate Thomas St. Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2009
Dr. Angela W. Lui	Ste. A211 VI Med Foundation 9150 Estate Thomas St. Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2009

Rev. February 14, 2008/SS-SC-Contract Section



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ACCESO AUTORIZADO DE INDIVIDUOS A CMS COMPUTER SERVICES – PROVIDER COMMUNITY (IACS-PC): EL PRIMERO EN UNA SERIE DE ARTÍCULOS

Estos artículos ayudarán a los proveedores a registrarse para futuro acceso a los servicios de computadora de CMS disponibles en el Internet. Este artículo contiene:

- 10 preguntas y respuestas para ayudarle a iniciarse en el proceso, y
- Descripción general del proceso de registro para los usuarios de organizaciones de proveedores definidas como IACS-PC.

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores.

**NOTA ESPECIAL:** LOS SUPLIDORES DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICO, ORTÓTICO, Y SUMINISTROS (DMEPOS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) NO DEBEN REGISTRARSE PARA EL IACS-PC EN ESTE MOMENTO. LOS SUPLIDORES DMEPOS QUERRÁN REVISAR LA PREGUNTA # 10, MÁS ADELANTE.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

En un futuro cercano, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) estará anunciando novedosas aplicaciones en línea que permitirá a los proveedores de Medicare de pago por servicios a acceder, actualizar y someter información a través del Internet.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Aún cuando estas nuevas aplicaciones en Internet todavía no están disponibles, CMS recomienda que los proveedores comiencen a establecer su cuenta de Internet para que así puedan acceder estas aplicaciones tan pronto se encuentren disponibles. El primer paso que deben dar los proveedores o el personal apropiado, es registrarse para tener acceso a través del nuevo

## Information and Education Resources for Providers

### INDIVIDUALS AUTHORIZED ACCESS TO CMS COMPUTER SERVICES - PROVIDER COMMUNITY (IACS-PC): THE FIRST IN A SERIES OF ARTICLES

*These articles will help providers to register for future access to CMS online computer services. This article contains:*

- *10 questions and answers to get you started and*
- *Overview of the registration process for IACS-PC defined provider organization users.*

#### **Provider Types Affected**

*Physicians, providers, and suppliers.*

**SPECIAL NOTE:** DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) SUPPLIERS SHOULD NOT REGISTER FOR IACS-PC AT THIS TIME. DMEPOS SUPPLIERS MAY WANT TO REVIEW QUESTION # 10 BELOW.

#### **What Providers Need to Know**

*In the near future, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will be announcing new online enterprise applications that will allow Medicare fee-for-service providers to access, update, and submit information over the Internet. Details of these provider applications will be announced as they become available.*

#### **Provider Action Needed**

*Even though these new Internet applications are not yet available, CMS recommends that providers take the time now to set up their online account so they can access these applications as soon as they are available. The first step is for the provider or appropriate staff to register for access through a new CMS security system known as the Individuals*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

sistema de seguridad de CMS conocido como "Individuals Authorized Access to CMS Computer Services – Provider Community (IACS-PC)". Vea la siguiente sección, la cual presenta 10 preguntas y respuestas clave sobre el proceso de registro.

### 10 Preguntas y Respuestas Para Comenzar

#### 1. ¿Qué es IACS-PC?

IACS-PC es un sistema de seguridad que CMS utiliza para controlar la emisión de identidades electrónicas y acceso a las nuevas aplicaciones de proveedores CMS que se encuentran en la Red. A través de IACS-PC, las organizaciones de proveedores, tal como se definen en el IACA-PC (vea la pregunta # 7 más adelante), y su personal, así también como profesionales de la salud individuales, podrán acceder nuevas aplicaciones de CMS. Las organizaciones de proveedores también podrán manejar a los usuarios que ellos autoricen a llevar a cabo transacciones en su representación, lo cual podría incluir al personal de oficina y a contratistas.

Nota: Esta publicación del IACS-PC no impactará el acceso a las aplicaciones de Internet de FIs/Contratistas/MACs o la aplicación del Sistema DME de Licitación Competitiva (DBidsS). Los nuevos sistemas de CMS no ofrecerán los servicios de Internet que los FIs/Contratistas/MACs estarán suministrando en un futuro cercano.

#### 2. ¿Quién puede usar este sistema?

Los proveedores de Medicare y sus representantes designados (por ejemplo: casas de facturación, departamentos de acreditación) pueden solicitar acceso a las aplicaciones nuevas de CMS. En este momento, las aplicaciones de Internet que se anunciarán pronto bajo el IACS-PC, no incluyen servicios a los suplidores DMEPOS (vea la pregunta #10 más adelante.)

#### 3. ¿Porqué registrarse AHORA?

Como las nuevas aplicaciones todavía no han sido anunciadas al momento de esta notificación, puede que sea difícil decidir si usted se debe registrar para usar el sistema.

## Information and Education Resources for Providers

*Authorized Access to CMS Computer Services - Provider Community (IACS-PC). See the following section for key questions and answers about the registration process.*

### 10 Questions and Answers to Get You Started

#### 1. What is IACS-PC?

*IACS-PC is a security system CMS uses to control issuance of electronic identities and access to new CMS provider web-based applications. Through IACS-PC, provider organizations, as defined by IACS-PC (See question # 7 below), and their staff, as well as individual practitioners, will be able to access new CMS applications. Provider organizations will also be able to manage users who they authorize to conduct transactions on their behalf, which may include staff and contractors.*

*Note: This release of IACS-PC will not impact access to FI/Carrier/MAC Internet applications or the DME Competitive Bidding System (DBidsS) application. New enterprise CMS systems will not offer the Internet services FIs/Carriers/MACs are providing in the near future.*

#### 2. Who can use this system?

*Medicare providers and their designated representatives (e.g. clearinghouses, credentialing departments) may request access to CMS enterprise applications. At this time, the soon-to-be-announced online applications under IACS-PC do not include services to DMEPOS suppliers. (See question # 10 below.)*

#### 3. Why register NOW?

*Since the new applications have not been announced at the time of this notice, it may be hard to decide if you should register to use the system. However, because IACS-PC registration must*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Sin embargo, como el registro en el IACA-PC debe preceder el uso, nosotros recomendamos que los profesionales de la salud individuales y las organizaciones de proveedores, (con excepción de los suplidores DMEPOS), se registren ahora. Aunque el proceso de registro IACS-PC marcha bien y toda la documentación está en orden, puede que tome varias semanas finalizar el proceso de registro. Como el sistema es nuevo, el registrarse ahora le brindará una protección, en caso de que haya demoras en el proceso de registro, usted habrá llevado a cabo el proceso de registro completo y a tiempo para solicitar acceso a los diferentes servicios computarizados de proveedor de CMS tan pronto como se encuentren disponibles a principios del año entrante.

### 4. ¿Si me registro ahora, por cuánto tiempo es válida mi contraseña?

Las contraseñas expiran en 60 días. Después de ese punto, cuando usted entre al sistema IACA-PC, el sistema le pedirá que cree una nueva contraseña para reactivar la cuenta. Por lo tanto, nosotros le recomendamos que una vez se haya registrado, entre periódicamente al sistema IACS-PC para así mantener activa su contraseña en la cuenta.

### 5. ¿Qué hago para registrarme como un IACS-PC usuario?

El sistema IACS-PC utiliza un proceso de auto-registro. El proceso de auto-registro que usted seguirá dependerá de su tipo de usuario IACS-PC. Hay dos categorías de tipos de usuarios: profesionales de la salud individuales y organizaciones de proveedores. Hay instrucciones de registro, paso por paso, que le ayudarán a través del proceso.

**NOTA:** El sitio Web de CMS contiene enlaces a guías de usuario IACS para otras comunidades de usuarios. Sólo use enlaces de instrucciones para la comunidad IACS-PC, según lo requiere CMS.

El Centro de Ayuda de Servicios a Usuarios Externos (EUS por sus siglas en inglés) les dará apoyo en el proceso de registro IACS-

## Information and Education Resources for Providers

*precede use, we recommend that individual practitioners and provider organizations (with the exception of DMEPOS suppliers) register now. Even if the IACS-PC registration process goes well and all documentation is in order, it can still take several weeks to finalize registration. Since the system is new, registering now gives you a “cushion” so that if there are delays in processing your registration, you will have the registration process complete in time to request access to the various CMS provider related computer services as soon as they are available early next year.*

### 4. If I register now, how long is my password valid?

*Passwords expire in 60 days. After that point, when you log into IACS-PC, you will be prompted to create a new password to re-activate your account. Therefore, we recommend that once registered, you sign on periodically to IACS-PC to keep your current password active.*

### 5. How do I register as an IACS-PC user?

*IACS-PC uses a self-registration process. The self-registration process that you will follow will depend on the type of IACS-PC user you are. There are two categories of user types: individual practitioners and provider organizations. There are step-by-step registration instructions to help you through this process.*

**NOTE:** The CMS website contains links to IACS user guides for other communities of users. Only use instruction links for the IACS-PC community as directed by CMS.

*The External User Services (EUS) Help Desk will support this process for IACS-*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

PC. Puede comunicarse con este Centro de Ayuda por medio del siguiente correo electrónico, **EUSSupport@cgi.com**, o por teléfono al 1-866-484-8049 o a través del sistema TTY/TDD, llamando al 1-866-523-4759.

### 6. ¿Cuándo me registraría como un profesional de la salud individual?

IACS-PC define a un profesional de la salud individual como un médico o profesional de la salud. La intención es para los profesionales de la salud que estarán dirigiendo estas transacciones personalmente mediante aplicaciones de Internet y no tienen personal que acceda las aplicaciones.

Puede encontrar más detalles en el “*Individual Practitioner Registration - Quick Reference Guide*” en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS\\_Individual\\_Practitioner\\_Registration\\_QRG\\_111607.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS_Individual_Practitioner_Registration_QRG_111607.pdf)

### 7. ¿Cuándo me registraría como una organización de proveedor IACS-PC?

El término “organización”, tal como lo define IACS-PC, no debería confundirse con el término organización según se aplica al registro de proveedores o el NPI. Para propósitos de registro IACS-PC, el término “organización” incluye a proveedores y suplidores tal como hospitales, agencias de salud en el hogar, centros de enfermería especializada, instalaciones independientes de pruebas de diagnóstico, compañías de ambulancia, centros de cirugía ambulatoria y prácticas grupales de médicos.

También incluye a médicos individuales y profesionales de la salud que desean delegar en su personal para que lleven a cabo las transacciones en su lugar. En este caso, para propósitos de registro de IACS-PC, debe hacer el registro como si fuera una organización.

Las organizaciones de proveedores IACS-PC requieren Oficiales de Seguridad (vea la pregunta # 9 más adelante) que establezcan

## Information and Education Resources for Providers

PC. It may be reached by email at **EUSSupport@cgi.com** or by phone on 1-866-484-8049 or TTY/TDD on 1-866-523-4759.

### 6. When would I register as an individual practitioner?

*An individual practitioner is defined by IACS-PC as a physician or non-physician practitioner. This is intended for practitioners who will be conducting transactions with online applications personally and have no staff who will be accessing the applications.*

*More details can be found in the Individual Practitioner Registration- Quick Reference Guide, which can be found on the CMS website at: [http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS\\_Individual\\_Practitioner\\_Registration\\_QRG\\_111607.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS_Individual_Practitioner_Registration_QRG_111607.pdf).*

### 7. When would I register as an IACS-PC provider organization?

*The term “organization”, as defined by IACS-PC, should not be confused with the term organization as it applies to provider enrollment or the NPI. For IACS-PC registration purposes, “organization” includes providers and suppliers such as hospitals, home health agencies, skilled nursing facilities, independent diagnostic testing facilities, ambulance companies, ambulatory surgical centers and physician group practices.*

*It also includes individual physicians and non-physician practitioners who want to delegate staff to conduct transactions on their behalf. In this case, for IACS-PC registration purposes, registration must be as an organization.*

*IACS-PC provider organizations require Security Officials (see question # 9 below) that establish the provider organization*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

la organización del proveedor en IACS-PC. Entonces, después se agrupará a todos los usuarios juntos, bajo un Oficial de Seguridad de la organización del proveedor.

### 8. ¿Que debería tener a mano antes de registrarme?

Para un profesional de salud individual (que estará realizando transacciones personalmente con aplicaciones en Internet, y que no tiene personal adicional que estará accediendo las aplicaciones), necesitan saber su:

- Número de Seguro Social, e
- Información sobre correspondencia.

Para una organización de proveedor IACS-PC, el Oficial de Seguridad (SO por sus siglas en inglés) de esa organización será la primera persona en registrarse con IACS y crear su organización. El SO debe tener la siguiente información organizacional disponible antes que entrar al sistema para registrarse:

- Número de Identificación de Pagador de Impuesto (TIN)
- Nombre Legal del Negocio;
- Dirección de la Corporación; y
- Copia en papel del formulario CP-575 emitido por el Servicio de Rentas Internas (IRS por sus siglas en inglés)

### 9. ¿Cómo registro a mi organización de proveedor IACSA-PC?

IACS-PC está basado en un modelo de autoridad delegada. Cada organización debe designar un Oficial de Seguridad (SO) que registrará la organización vía IACS-PC, y después será responsable por los usuarios de dicha organización. Utilizando información suministrada a través del registro IACS-CP, así como también una copia del formulario CP-575 de la organización, que recibió por correo, CMS verificará el rol del SO en la organización, el TIN y el Nombre Legal de Negocio de la organización. Esto puede tomar varias semanas. Una vez aprobado, el

## Information and Education Resources for Providers

*in IACS-PC. All users will then be grouped together within IACS-PC under the provider organization Security Official.*

### 8. What should I have in hand before I register?

*For an individual practitioner (who will be conducting transactions with online applications personally and have no additional staff that will be accessing the applications) they will need to know their:*

- Social Security Number and
- Correspondence Information.

*For an IACS-PC provider organization, the Security Official (SO) of that organization will be the first person to register within IACS and create their organization. The SO should have the following organizational information available before they sign on to register:*

- Taxpayer Identification Number (TIN);
- Legal Business Name;
- Corporate Address; and
- Internal Revenue Service (IRS) Issued CP-575 hard copy form.

### 9. How do I register my IACS-PC provider organization?

*IACS-PC is based on a delegated authority model. Each organization must designate an SO who will register the organization via IACS-PC and then be accountable for users in the organization. Using information supplied via the IACS-PC registration as well as a mailed-in copy of the organization's CP-575 form, CMS will verify the SO's role in the organization, the TIN and the Legal Business Name of the organization. This can take several weeks. Once approved, the SO then has the ability to approve*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

SO entonces tiene la habilidad de aprobar a otros que se registren bajo la organización de proveedores. Para más detalles, por favor, lea la Sección **Resumen General**, que se encuentra después de la pregunta # 10.

Una vez que entienda los roles de usuarios IACS-CP, y que haya designado un SO, el SO deberá registrarse utilizando las instrucciones en el Registro de Oficial de Seguridad – Guía de Referencia Rápida, que se encuentra disponible en el sitio Web de CMS en: [http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS\\_Security\\_Official\\_Registration\\_QRG\\_111607.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS_Security_Official_Registration_QRG_111607.pdf).

El próximo artículo MLN en esta serie de artículos proveerá instrucciones para que los usuarios adicionales se registren en IACS-PC.

### 10. ¿Porqué está usted excluyendo a los suplidores DMEPOS del IACS-PC?

Los suplidores DMEPOS no deberán registrarse en IACS-CP en este momento ya que no esperamos que se encuentre disponible ningún servicio nuevo en Internet durante el 2008. Los suplidores DMEPOS interesados en la segunda ronda de licitación competitiva DMEPOS deberán seguir las instrucciones de Licitación Competitiva DMEPOS de CMS, que será publicada cercano a la ventana de licitación del 2008.

### **RESUMEN GENERAL: Registrándose en IACS-PC como una Organización Proveedores o como un Usuario de Organización de Proveedores**

Para propósitos de registro IACS-PC, “organización” incluye a proveedores y suplidores tales como los hospitales, agencias de salud en el hogar, de enfermería especializada, instalaciones hospitalarias independientes de pruebas de diagnóstico, compañías de ambulancia, centros de cirugía ambulatoria, y grupos de prácticas de médicos. También incluye a médicos individuales y a profesionales de la salud que desean delegar en sus empleados la realización de estas transacciones.

## Information and Education Resources for Providers

*other registrants under the provider organization. For more detail, please read the **Overview section**, which follows question #10.*

*Once you understand IACS-PC user roles, and have designated an SO, the SO should register using the instructions in the Security Official Registration - Quick Reference Guide, which is available on the CMS website at: [http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS\\_Security\\_Official\\_Registration\\_QRG\\_111607.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS_Security_Official_Registration_QRG_111607.pdf).*

*The next MLN article in this series of articles will provide instructions for additional users to register in IACS-PC.*

### 10. Why are you excluding DMEPOS suppliers from IACS-PC?

*DMEPOS suppliers should not register in IACS-PC at this time because we do not expect any new online services will be available to them in 2008. DMEPOS suppliers interested in the second round of DMEPOS competitive bidding should follow CMS DMEPOS Competitive Bid instructions which will be released closer to the 2008 bid window.*

### **OVERVIEW: Registering in IACS-PC as a Provider Organization or a Provider Organization User**

*For IACS-PC registration purposes, “organization” includes providers and suppliers such as hospitals, home health agencies, skilled nursing facilities, independent diagnostic testing facilities, ambulance companies, ambulatory surgical centers, and physician group practices. It also includes individual physicians and non-physician practitioners who want to delegate employees to conduct transactions on their behalf.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### I. El Proceso de Registro

IACS-PC está basado en un modelo de autoridad delegada. Cada usuario se auto-registra y es aprobado, tal como se muestra a continuación. El sistema está diseñado para tener flexibilidad y poder cumplir con las necesidades en la medida que garantiza la seguridad de los sistemas computarizados y la información privilegiada. En este momento, una organización de proveedores debe tener por lo menos dos usuarios, uno de los cuales deberá tener acceso a las aplicaciones IACS-PC.

El “modelo de autoridad delegada” previamente descrita, se encuentra más adelante. El “Centro de Ayuda EUS” o “EUS Help Desk” será responsable de aprobar al Oficial de Seguridad de la organización. Entonces el Oficial de Seguridad puede después aprobar a los Oficiales de Seguridad Auxiliares de Apoyo.

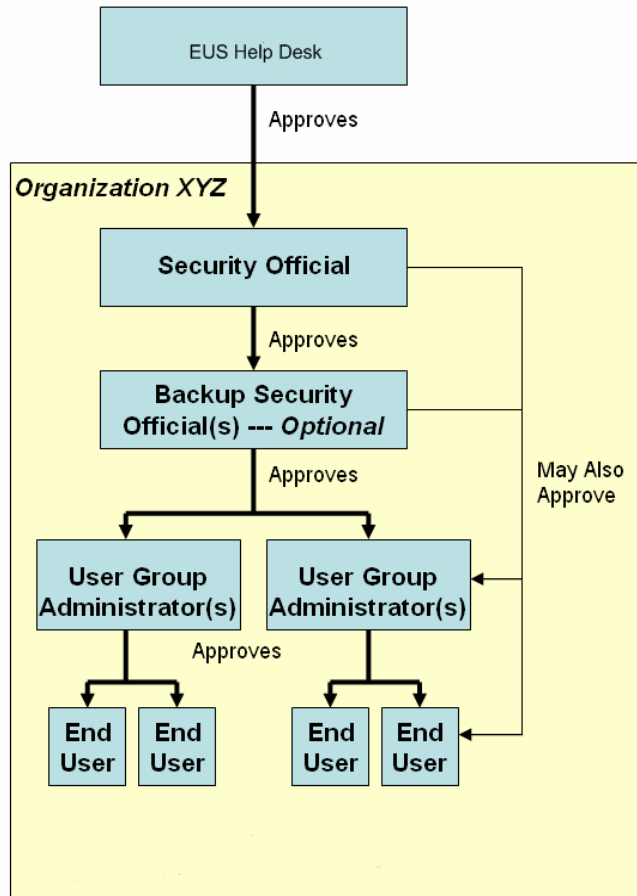
## Information and Education Resources for Providers

### I. The Registration Process

*IACS-PC is based on a delegated authority model. Each user self-registers and is approved as shown below. The system is designed for flexibility to meet provider needs while assuring security of computer systems and privileged information. At this time, a provider organization must have at least 2 users, one of whom will be able to access IACS-PC applications.*

*The “delegated authority model” previously described is below. The EUS Help Desk will be responsible for approving the organization’s Security Official. Then the Security Official may approve the Backup Security Official(s) etc.*

IACS-PC Community: Delegated Authority Model



Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### II. ROLES DE REGISTRO

1. La primera persona en registrarse debe ser el Oficial de Seguridad

El Oficial de Seguridad es la persona que registra a la organización en IACA-PC y que actualiza el perfil de información de la organización en IACS-PC. Solo puede haber un Oficial de Seguridad para una organización. Se confía en el Oficial de Seguridad para que apruebe la solicitud de acceso al(los) Oficial(es) de Seguridad Auxiliares-de Apoyo, y puede aprobar las requisiciones de acceso de Grupos de Usuarios Administradores y Usuarios Finales. El Oficial de Seguridad será aprobado por CMS a través del "EUS Help Desk". CMS hará responsable al Oficial de Seguridad por el comportamiento de aquellos que éste apruebe, incluyendo a los Usuarios Finales para la organización.

La Guía de Referencia Rápida de Registro del Oficial de Seguridad se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS\\_Security\\_Official\\_Registration\\_QRG\\_111607.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS_Security_Official_Registration_QRG_111607.pdf),

**Nota:** Los empleados adicionales y usuarios de contratistas no pueden ser aprobados hasta tanto el oficial de seguridad haya sido aprobado por el "EUS Help Desk".

2. Una organización puede elegir tener uno o más Oficiales de Seguridad de Apoyo. (Opcional)

Existe un rol opcional. Usted no necesariamente tiene que tener un Oficial de Seguridad Auxiliar-de Apoyo. El Oficial de Seguridad Auxiliar-de Apoyo es aprobado por el Oficial de Seguridad. Un Oficial de Seguridad Auxiliar-de Apoyo realiza las mismas funciones que el Oficial de Seguridad en una organización, con la excepción de poder aprobar a otros Oficiales de Seguridad Auxiliar-de Apoyo. Puede haber uno o más Oficiales de Seguridad Auxiliares- de Apoyo en una organización. El Oficial de Seguridad Auxiliar-de Apoyo puede aprobar los requisitos de acceso de los Grupos de Usuarios

## Information and Education Resources for Providers

### II. REGISTRATION ROLES

1. The first person to register must be the Security Official.

*The Security Official is the person who registers their organization in IACS-PC and updates the organization profile information in IACS-PC. There can be only one Security Official for an organization. The Security Official is trusted to approve the access request of Backup Security Official(s) and can approve the access requests of User Group Administrators and End Users. The Security Official will be approved by CMS through its EUS Help Desk. The Security Official is held accountable by CMS for the behavior of those they approve including the End Users for the organization*

*The Security Official Registration - Quick Reference Guide may be found on the CMS website at: [http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS\\_Security\\_Official\\_Registration\\_QRG\\_111607.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MMAHelp/downloads/IACS_Security_Official_Registration_QRG_111607.pdf)*

**Note:** *Additional employee and contractor users cannot be approved until the security official has been approved by the EUS Help Desk.*

2. An organization may choose to have one or more Backup Security Officials. (Optional)

*This is an optional role. You need not have a Backup Security Official. The Backup Security Official is approved by the Security Official. A Backup Security Official performs the same functions as a Security Official in an organization, with the exception of approving other Backup Security Officials. There can be one or more Backup Security Officials in an organization. The Backup Security Official can approve the access requests of User*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Administradores y los Usuarios Finales y puede ayudar al Oficial de Seguridad con la administración de los Grupos Usuarios y las cuentas de los Grupos Usuarios Administradores.

3. El próximo en registrarse debe ser un Administrador de Grupo de Usuario (UGA).

El UGA es aprobado por el Oficial de Seguridad o el Oficial de Seguridad Auxiliar de Apoyo. Se confía en el UGA para que apruebe las solicitudes de acceso de los Usuarios Finales para ese Grupo de Usuarios.

Las organizaciones con 2-9 usuarios en el sistema IACS-PC deben, como mínimo, tener un Oficial de Seguridad y uno o más UGAs. Si sólo habrá un usuario en un grupo, ese usuario debe registrarse como UGA.

Un UGA registra al Grupo de Usuarios dentro de una organización en IACS-PC, y actualiza el perfil de información del Grupo de Usuarios en el sistema IACS-PC. Puede haber múltiples UGAs para el mismo Grupo de Usuarios dentro de una organización.

4. Organizaciones con 10 o más usuarios IACS-PC deben también tener Usuarios Finales

Un Usuario Final es un miembro del personal a quien se le confía que realice negocios para Medicare y que realice transacciones para la organización de proveedores. Un Usuario Final es parte del Grupo de Usuarios dentro de la organización de proveedores. Un Usuario Final puede ser un empleado de un proveedor/suplidor/profesional de la salud o un contratista que trabaja de parte de una de esas entidades. Un Usuario Final puede pertenecer a múltiples grupos en una o más organizaciones. El UGA aprueba al Usuario Final.

**Nota:** Solicitudes de los Usuarios Finales no se pueden aprobar hasta tanto el Administrador de Grupo de Usuarios haya sido aprobado.

### III. GRUPOS DE USUARIOS SUSTITUTOS

Esto aplica a las organizaciones de proveedores que quieren delegar el trabajo en Internet a individuos o a una compañía externa fuera de la organización de proveedores. Bajo este escenario, aquellos que trabajen de parte de la organización

## Information and Education Resources for Providers

*Group Administrators and End Users and may aid the Security Official with the administration of User Groups and User Group Administrators' accounts.*

3. *The next registrant must be a User Group Administrator (UGA).*

*The UGA is approved by the Security Official or Backup Security Official. The UGA is trusted to approve the access requests of End Users for that User Group.*

*Organizations with 2-9 IACS-PC users must, at a minimum, have a Security Official and one or more UGAs. If there will be only one user in a group, that user must register as a UGA.*

*A UGA registers the User Group within an organization in IACS-PC and updates the User Group profile information in IACS-PC. There can be multiple UGAs for the same User Group within an organization.*

4. *Organizations with 10 or more IACS-PC users must also have End Users*

*An End User is a staff member who is trusted to perform Medicare business and conduct transactions for the provider organization. An End User is part of a User Group within the provider organization. An End User may be an employee of a provider/supplier/practitioner or a contractor working on the behalf of one of these entities. An End User may belong to multiple groups in one or more organizations. The End User is approved by the UGA.*

**Note:** *End User requests cannot be approved until after the User Group Administrator has been approved.*

### III. SURROGATE USER GROUPS

*This applies to provider organizations that want to delegate online work to individuals or a company outside of the provider organization. Under this scenario, those*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

de proveedores se registran como Grupo Usuario Sustituto. Ejemplos de esto incluyen a las casas de facturación, departamentos de acreditación y contratistas independientes. Un Grupo de Usuarios Sustitutos tiene una relación directa de negocio contractual con el proveedor/suplidor de Medicare, pero no con CMS. Un Grupo de Usuarios Sustitutos puede estar asociado múltiples organizaciones de proveedores.

### 1. El primer empleado de un contratista que se registre en el Grupo de Usuario Sustituto debe ser el UGA

Si sólo habrá un usuario en un Grupo de Usuarios Sustitutos, ese usuario debe registrarse como un UGA. El UGA para el Grupo de Usuarios Sustitutos registrará al Grupo de Usuarios y actualizará el perfil de información del Grupo de Usuarios en el IACS-PC. Puede haber múltiples UGAs dentro del mismo Grupo de Usuarios Sustitutos. Se le confía al UGA para que apruebe las solicitudes de acceso de los Usuarios Finales para su grupo de usuarios.

El UGA del Grupo de Usuarios Sustitutos debe ser aprobado por el Oficial de Seguridad o el Oficial de Seguridad Auxiliar-de Apoyo en la organización de proveedores, de parte de quien realiza el trabajo. Una vez aprobado, el UGA del Grupo de Usuarios Sustitutos puede solicitar asociarse con otra organización de proveedores para la cual realiza trabajos, sin que tenga que registrarse nuevamente.

### 2. Un empleado de un contratista también puede registrarse como un Usuario Final.

Un Usuario Final recibe aprobación de parte de su UGA para realizar negocios de Medicare para un grupo de usuarios de proveedores o sustitutos. Un Usuario Final puede pertenecer a múltiples grupos, en una o más organizaciones.

### AYUDA ADICIONAL

El Centro de Ayuda EUS (EUS Help Desk) apoyará al IACS-PC durante este proceso. Se puede comunicar mediante correo electrónico ([EUSSupport@cgi.com](mailto:EUSSupport@cgi.com)) o llamando por teléfono al 1-866-484-8049. También puede utilizar el sistema TTY/TDD llamando al 1-866-523-4759.

## Information and Education Resources for Providers

*working on behalf of the provider organization register as a Surrogate User Group. Examples include clearinghouses, credentialing departments, independent contractors. A Surrogate User Group has a direct contractual business relationship with the Medicare provider/supplier, but not with CMS. A Surrogate User Group may be associated with multiple provider organizations.*

### 1. The first contractor employee to register in a Surrogate User Group must be the UGA.

*If there will be only one user in a Surrogate Group, that user must register as a UGA. The UGA for the Surrogate User Group will register the Surrogate User Group and update the User Group profile information in IACS-PC. There can be multiple UGAs within the same Surrogate User Group. The UGA is trusted to approve the access requests of End Users for their user group.*

*The UGA of the Surrogate User Group must be approved by the Security Official or Backup Security Official in the provider organization on whose behalf it performs work. Once approved, the UGA of a Surrogate Group may request to associate with other provider organizations for which it performs work without registering again.*

### 2. A contractor employee may also register as an End User.

*An End User is approved to perform Medicare business for a surrogate or provider User Group by their UGA. An End User may belong to multiple groups in one or more organizations.*

### ADDITIONAL HELP

*The EUS Help Desk will support this process for IACS-PC. It may be reached by email at [EUSSupport@cgi.com](mailto:EUSSupport@cgi.com) or by phone on 1-866-484-8049 or TTY/TDD on 1-866-523-4759.*

SE0747/mlv-rrc

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ACLARACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD MÉDICA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

#### Proveedores Afectados

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

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El propósito de este artículo de Edición Especial (SE0726), es asegurar que los proveedores de servicios de salud conozcan/ estén al tanto sobre el material de apoyo técnico y guías de ayuda que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) ha publicado para aclarar el *Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)*, específicamente, el material educativo que se menciona más adelante. **Recuerde a los individuos que forman parte de su organización:**

- sobre las protecciones de la Regla de Privacidad relacionadas a la información de salud retenida por proveedores y los derechos otorgados a los pacientes, los cuales pueden estar asistidos por cuidadores u otras personas, y
- que los proveedores están autorizados a divulgar información personal de salud necesaria para el cuidado del paciente y otros propósitos importantes.

**Guías de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)**

## Information and Education Resources for Providers

### CLARIFICATION ABOUT THE MEDICAL PRIVACY OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, durable medical equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs), fiscal intermediaries (FIs), regional home health intermediaries (RHHIs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*The purpose of this Special Edition (SE) article, SE0726, is to be sure that health care providers are aware of the helpful guidance and technical assistance materials the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) has published to clarify the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), specifically, the educational material below.*

**Remind individuals within your organization of:**

- *the Privacy Rule's protections for personal health information held by providers and the rights given to patients, who may be assisted by their caregivers and others, and*
- *that providers are permitted to disclose personal health information needed for patient care and other important purposes.*

#### HHS Privacy Guidance

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Los materiales educativos que provee el HHS incluyen una carta dirigida a proveedores de servicios de salud con los siguientes ejemplos, para aclarar la Regla de Privacidad:

La Ley HIPAA no requiere que los pacientes firmen formularios de consentimiento para que los médicos, hospitales o proveedores de servicio de ambulancia puedan divulgar información para efectos de tratamiento:

Los proveedores pueden compartir información libremente con otros proveedores para asuntos relacionados a tratamiento, sin necesidad de obtener autorización firmada del paciente, o pasar por procesos difíciles. Puede encontrar guías claras sobre este tema en una variedad de fuentes:

- Evalúe las respuestas a las Preguntas Más Comunes (FAQs por sus siglas en inglés) en la sub-categoría “*Treatment/Payment/Health Care Operations*”, o realice una búsqueda en la sección FAQs utilizando una palabra o frase clave, como “tratamiento”. Puede encontrar la sección FAQs en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/hipaafaq/> .
- Consulte la Hoja de Datos titulada “*Uses and Disclosures for Treatment, Payment, and Health Care Operations*,” la cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/guidelines/sharingfortpo.pdf>
- Evalúe el documento “*Summary of the HIPAA Privacy Rule*” que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/privacysummary.pdf>.

La Ley HIPAA no exige a los proveedores eliminar todas las divulgaciones incidentales:

- La Regla de Privacidad reconoce que es imposible eliminar todo riesgo de divulgaciones incidentales. Es por eso que, en agosto del año 2002, HHS adoptó modificaciones específicas a esa Regla para aclarar que las divulgaciones incidentales no constituyen una violación a la Regla de Privacidad cuando los proveedores y otras

## Information and Education Resources for Providers

*HHS’ educational materials include a letter to healthcare providers with the following examples to clarify the Privacy Rule:*

*HIPAA does not require patients to sign consent forms before doctors, hospitals, or ambulances can share information for treatment purposes:*

*Providers can freely share information with other providers where treatment is concerned, without getting a signed patient authorization or jumping through other hoops. Clear guidance on this topic can be found in a number of places:*

- *Review the answers to frequently asked questions (FAQs) in the “Treatment/Payment/Health Care Operations” subcategory, or search the FAQs on a likely word or phrase such as “treatment.” The link to the FAQs may be found at <http://www.hhs.gov/hipaafaq/> on the HHS website.*
- *Consult the Fact Sheet, “Uses and Disclosures for Treatment, Payment, and Health Care Operations,” which is at <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/guidelines/sharingfortpo.pdf> on the HHS website.*
- *Review the “Summary of the HIPAA Privacy Rule” at <http://www.hhs.gov/ocr/privacysummary.pdf> on the HHS website.*

*HIPAA does not require providers to eliminate all incidental disclosures:*

- *The Privacy Rule recognizes that it is not practicable to eliminate all risk of incidental disclosures. That is why, in August 2002, HHS adopted specific modifications to that Rule to clarify that incidental disclosures do not violate the Privacy Rule when providers and other*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

entidades cubiertas poseen políticas que salvaguardan razonablemente y limitan apropiadamente cómo se utiliza y se divulga la información protegida de salud.

- Las guías de la Oficina para Derechos Civiles (OCR por sus siglas en inglés) explican cómo esto aplica a las prácticas acostumbradas de cuidado de salud, por ejemplo, el uso de hojas de registro de pacientes o pizarras en las estaciones de enfermería, o la colocación de informes médicos del paciente en el exterior de los cuartos de examen. Refiérase a la subcategoría “*Incidental Uses and Disclosures*” en el sitio Web de HHS/OCR”; busque términos como “safeguards” o “disclosure” en la sección FAQs; o evalúe la Hoja de Datos titulada “*Incidental Disclosures*”, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/guidelines/incidentalud.pdf>.

HIPAA no interrumpe todas las comunicaciones entre proveedores y los familiares y amigos de los pacientes:

- Los médicos y otros proveedores cubiertos por la Ley HIPAA pueden compartir información necesaria con familiares, amigos o cualquier otra persona que el paciente identifique que está involucrado en su cuidado médico, siempre que no haya objeción del paciente.
- La Regla de Privacidad también aclara que, a menos que el paciente se oponga, los médicos, hospitales y otros proveedores pueden divulgar información cuando sea necesario para notificar a un miembro de la familia, o a cualquier persona responsable del cuidado del paciente, sobre la ubicación o condición general del paciente.
- Aún cuando el paciente esté discapacitado, un proveedor puede compartir información apropiada para estos propósitos si entiende que lo está haciendo en el mejor interés del paciente.

## Information and Education Resources for Providers

*covered entities have common sense policies which reasonably safeguard and appropriately limit how protected health information is used and disclosed.*

- *OCR guidance explains how this applies to customary health care practices, for example, using patient sign-in sheets or nursing station whiteboards, or placing patient charts outside exam rooms. At the HHS/OCR website, see the FAQs in the “Incidental Uses and Disclosures” subcategory; search the FAQs on terms like “safeguards” or “disclosure”; or review the Fact Sheet on “Incidental Disclosures”. The fact sheet is at <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/guidelines/incidentalud.pdf> on the HHS website.*

*HIPAA does not cut off all communications between providers and the families and friends of patients:*

- *Doctors and other providers covered by HIPAA can share needed information with family, friends, or with anyone else a patient identifies as involved in his or her care as long as the patient does not object.*
- *The Privacy Rule also makes it clear that, unless a patient objects, doctors, hospitals and other providers can disclose information when needed to notify a family member, or anyone responsible for the patient’s care, about the patient’s location or general condition.*
- *Even when the patient is incapacitated, a provider can share appropriate information for these purposes if he believes that doing so is in the best interest of the patient.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Evalúe la Sección FAQs en el sitio Web HHS/OCR, en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/hipaafaq/notice/488.html>. Haga referencia a la sub-categoría “Disclosures to Family and Friends.”

La Ley HIPAA no impide llamadas o visitas a hospitales por parte de familiares, amigos, clero o cualquier otra persona:

- A menos que el paciente se oponga, puede aparecer en el directorio del hospital información básica del paciente, de modo que cuando una persona llame o la visite, y pregunte por ese paciente, pueda proveérsele el número de habitación y el teléfono, así como su condición general de salud.
- Personas del clero, quienes tienen acceso a información sobre la afiliación religiosa del paciente (si éste la suministró), no tienen que preguntar por los pacientes por su nombre.
- Refiérase a la Sección FAQs en el “Facility Directories” que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/hipaafaq/administrative/>.

La Ley HIPAA no evita que se reporte el abuso de menores:

Los médicos pueden continuar reportando casos de negligencia o abuso contra menores a las agencias gubernamentales correspondientes. Refiérase a la explicación en la Sección FAQs sobre este tema, el cual puede encontrar mediante una búsqueda bajo el término “abuso infantil”; o evalúe la hoja de datos sobre el tema “Public Health” que se encuentra disponible para evaluación en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/guidelines/publichealth.pdf>.

### La Ley HIPAA no está en contra de la tecnología:

Los médicos pueden continuar utilizando el correo electrónico, el teléfono o el fax para comunicarse con sus pacientes, proveedores y otros, utilizando medidas apropiadas de sentido común para salvaguardar la privacidad del paciente, según lo hacían antes de que entrara en

## Information and Education Resources for Providers

- Review the HHS/OCR website FAQs <http://www.hhs.gov/hipaafaq/notice/488.html> in the sub-category “Disclosures to Family and Friends.”

*HIPAA does not stop calls or visits to hospitals by family, friends, clergy or anyone else:*

- *Unless the patient objects, basic information about the patient can still appear in the hospital directory so that when people call or visit and ask for the patient, they can be given the patient’s phone and room number, and general health condition.*
- *Clergy, who can access religious affiliation if the patient provided it, do not have to ask for patients by name.*
- *See the FAQs in the “Facility Directories” at <http://www.hhs.gov/hipaafaq/administrative/> on the HHS website.*

*HIPAA does not prevent child abuse reporting:*

*Doctors may continue to report child abuse or neglect to appropriate government authorities. See the explanation in the FAQs on this topic, which can be found, for instance, by searching on the term “child abuse;” or review the fact sheet on “Public Health” that can be reviewed at <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/guidelines/publichealth.pdf> on the HHS website.*

### **HIPAA is not anti-electronic:**

*Doctors can continue to use e-mail, the telephone, or fax machines to communicate with patients, providers, and others using common sense, appropriate safeguards to protect patient privacy just as many were*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

vigor la Regla de Privacidad. Puede encontrar información útil sobre este tema en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/hipaafaq/providers/smaller/482.html>.

### Información Adicional

La lista completa de todos los recursos de privacidad médica de la Ley HIPAA están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/>.

Si desea una lista completa de materiales educativos, visite el siguiente enlace en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/assist.html>.

## Information and Education Resources for Providers

*doing before the Privacy Rule went into effect. A helpful discussion on this topic can be found at <http://www.hhs.gov/hipaafaq/providers/smaller/482.html> on the HHS website.*

### Additional Information

*The HHS complete listing of all HIPAA medical privacy resources is available at <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/> on the HHS website.*

*For a full list of educational materials, visit <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/assist.html> on the HHS website.*

Pub. SEMLN0726 / 07-19-07 / mlv dlf

## SERVICIOS DE ENFERMERAS GRADUADAS (NP) Y ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA CLÍNICA (CNS)

### Proveedores Afectados

Enfermeras Graduadas (NP por sus siglas en inglés) y Especialistas en Enfermería Clínica (CNS por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas de la Parte B y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

### Lo Que Usted Necesita Saber

En el CR5639, del cual se extrae este artículo, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) anuncian que sus manuales se están actualizando por medio de la adición de la certificación del *National Board on Certification of Hospice and Palliative Nurses (NBCHPN)* a la lista de organismos de certificación reconocidos para los NP. Esta lista también proveerá el nuevo nombre para el *National Certification Board of Pediatric Nurse Practitioners and Nurses* y provee la referencia correcta para la *Critical Care Certification Corporation*. Esta misma lista de organismos de certificación nacional reconocidos para la práctica avanzada de enfermería se incluirá en el Manual bajo servicios CNS.

## NURSE PRACTITIONER (NP) SERVICES AND CLINICAL NURSE SPECIALIST (CNS) SERVICES

### Provider Types Affected

*Nurse practitioners (NP) and clinical nurse specialist (CNS) who bill Medicare Carriers and Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services provided to Medicare Beneficiaries.*

### What You Need to Know

*In CR 5639, from which this article is taken, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announces that their manuals are being updated by adding the National Board on Certification of Hospice and Palliative Nurses (NBCHPN) to the list of recognized national certifying bodies for NPs. This list will also provide the new name for the National Certification Board of Pediatric Nurse Practitioners and Nurses and provide the correct reference for the Critical Care Certification Corporation. This same list of recognized national certifying bodies for advanced practice nurses will be included under the manual instruction on CNS services.*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

A partir del 19 de noviembre de 2007, los Contratistas de la Parte B y los A/B MACs registrarán bajo los beneficios de NP y CNS a los enfermeros que cumplen con todas las otras cualificaciones para NPs y CNSs; y que están certificados como enfermeros de práctica avanzada por cualquiera de los organismos de certificación reconocidos, enumerados más adelante.

### Trasfondo

Las reglamentaciones federales que gobiernan los servicios de NPs, en el 42 CFR 410.75 y aquellos que gobiernan los servicios de CNSs en el 42 CFR 410.76, requieren que estos enfermeros de práctica avanzada estén certificados por una organización certificadora nacional que haya establecido estándares para NPs y CNSs.

El CR5639, del cual se extrae este artículo, anuncia que CMS está añadiendo el *National Board on Certification of Hospice and Palliative Nurses (NBCHPN)* a la lista de organismos de certificación nacional reconocidos para NPs a nivel de la práctica avanzada, localizado en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Sección 200 (*Nurse Practitioner (NP) Services*). El CR5639 también anuncia la adición de esta misma lista de organismos de certificación nacional reconocidos para la práctica avanzada de CNSs en la Sección 210 (*Clinical Nurse Specialist (CNS) Services*) y en el Capítulo 10, Secciones 12.4.5 y 12.4.8 del *Medicare Program Integrity Manual*.

Vigente el 19 de noviembre de 2007, la lista de organismos de certificación nacional reconocidos para NPs y CNSs a nivel de práctica avanzada es como sigue:

- American Academy of Nurse Practitioners;
- American Nurses Credentialing Center;
- National Certification Corporation for Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing Specialties;
- Pediatric Nursing Certification Board (antes conocido como National Certification Board of Pediatric Nurse Practitioners and Nurses);

## Information and Education Resources for Providers

*Carriers and A/B MACs will enroll nurses, under the NP and CNS benefits, who meet all of the other NP or CNS qualifications; and are certified as advanced practice nurses by any of the recognized national certifying bodies listed below, effective November 19, 2007.*

### Background

*Federal regulations that govern nurse practitioner (NP) services at 42 CFR 410.75 and those governing the clinical nurse specialists (CNS) services at 42 CFR 410.76 require that these advanced practice nurses be certified by a national certifying body that has established standards for NPs and CNSs.*

*CR 5639, from which this article is taken, announces that CMS is adding the National Board on Certification of Hospice and Palliative Nurses (NBCHPN) to the list of recognized national certifying bodies for NPs at the advanced practice level, located in the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Section 200 (Nurse Practitioner (NP) Services). CR5639 also announces the addition of this same list of recognized national certifying bodies for advanced practice CNSs in Section 210 (Clinical Nurse Specialist (CNS) Services) and in Chapter 10, Sections 12.4.5 and 12.4.8 of the Medicare Program Integrity Manual.*

*Effective November 19, 2007, the list of recognized national certifying bodies for NPs and CNSs at the advanced practice level is as follows:*

- *American Academy of Nurse Practitioners;*
- *American Nurses Credentialing Center;*
- *National Certification Corporation for Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing Specialties;*
- *Pediatric Nursing Certification Board (previously named the National Certification Board of Pediatric Nurse Practitioners and Nurses);*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Oncology Nurses Certification Corporation;
- AACN Certification Corporation; y
- National Board on Certification of Hospice and Palliative Nurses.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre servicios NP y CNS en el CR5639, en dos "Transmittals" que se encuentran en el sitio Web de CMS. Como un anejo al R75BP (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R75BP.pdf>), usted encontrará el *Medicare Benefit Policy Manual* actualizado, Capítulo 15 (Covered Medical and Other Health Services), Secciones 200 (*Nurse Practitioner (NP) Services*) y 210 (*Clinical Nurse Specialist (CNS) Services*). Como un anejo al R219PI (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R219PI.pdf>), usted encontrará la actualización al Capítulo 10, Secciones 12.4.5 y 12.4.8 del *Medicare Program Integrity Manual*.

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

## Information and Education Resources for Providers

- *Oncology Nurses Certification Corporation;*
- *AACN Certification Corporation; and*
- *National Board on Certification of Hospice and Palliative Nurses.*

### Additional Information

*You can find more information about NP and CNS services by going to CR 5639, which is in two transmittals located on the CMS website. As an attachment to transmittal R75BP (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R75BP.pdf>), you will find updated Medicare Benefit Policy manual, Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Sections 200 (Nurse Practitioner (NP) Services) and 210 (Clinical Nurse Specialist (CNS) Services). As an attachment to transmittal R219PI (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R219PI.pdf>), you will find updated Chapter 10, Sections 12.4.5 and 12.4.8 of the Medicare Program Integrity Manual.*

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

MLN5639/R75BP and R219PI/CR5639/08-17-07/mlv rrc

## NUEVO SITIO WEB PARA CENTROS APROBADOS DE TRANSPLANTE

### Proveedores Afectados

Todos los programas de transplante en hospitales que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), a los Contratistas de la Parte B de Medicare o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), por concepto de transplantes de órganos realizados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5724, el cual indica que vigente el 30 de marzo de 2007, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés), estableció una reglamentación autorizando la evaluación y certificación de programas de transplante.

## NEW WEBSITE FOR APPROVED TRANSPLANT CENTERS

### Provider Types Affected

*All hospital transplant programs that submit claims to Medicare administrative contractors (A/B MACs), carriers or fiscal intermediaries (FIs), for organ transplants provided to Medicare beneficiaries.*

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5724, which states that on March 30, 2007, the Department of Health and Human Services (DHHS) established a regulation authorizing the survey and certification of transplant programs.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### Lo Que Usted Necesita Saber

Todos los programas de transplante en hospitales cubiertos por la reglamentación, ya sea que estén actualmente aprobados por CMS o que se encuentren en busca de la aprobación inicial, deben someter una petición de aprobación bajo las nuevas reglamentaciones de CMS antes del 26 de diciembre de 2007 (180 días a partir de la fecha de vigencia de la reglamentación). Aquellos programas que ya tienen la aprobación de participación de Medicare a la fecha de vigencia de la reglamentación (28 de junio de 2007) continuarán teniendo cobertura bajo la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) o condiciones de cubierta de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por sus siglas en inglés), según aplique, hasta que sean notificados por escrito por parte de CMS de la aprobación o denegación bajo las nuevas regulaciones.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese de someter su solicitud de aprobación antes del 26 de diciembre de 2007, y refiérase a la sección **Trasfondo/Puntos Clave** de este artículo para más detalles. Las secciones específicas del manual que se relacionan a este artículo se incluyen como anejo al CR5724, el cual se encuentra disponible en la dirección electrónica del Web provista en la sección **Información Adicional** de este artículo.

### Trasfondo / Puntos Clave

CMS es la agencia federal responsable de monitorizar el cumplimiento con las condiciones de participación de Medicare para los hospitales que realizan trasplantes. CMS evaluará la información que someten los hospitales y llevará a cabo evaluaciones de las instalaciones físicas, según sea necesario, para determinar cumplimiento con las condiciones de participación. Los programas de transplante deben estar en cumplimiento con las condiciones de participación para poder continuar con la aprobación de Medicare o para recibir la aprobación inicial de participación.

## Information and Education Resources for Providers

### What You Need to Know

*All hospital transplant programs covered by the regulation, whether currently approved by the Centers for Medicare & Medicaid Services (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). Those programs that were already Medicare approved for participation at the time of the effective date (June 28, 2007) of the regulation will continue to be covered under National Coverage Determination (NCD) or End-stage renal disease (ESRD) conditions for coverage (as applicable) until they are notified in writing by CMS of their approval or denial under the new regulations.*

### What You Need to Do

*Be sure to submit your request for approval by December 26, 2007, and see the Background/Key Points section of this article for further details. The specific manual sections that relate to this article are attached to CR5724, which is available at the Web address listed in the Additional Information section of this article.*

### Background/Key Items

*CMS is the federal agency responsible for monitoring compliance with the Medicare conditions of participation for transplant hospitals. CMS will review the information transplant hospitals submit and conduct onsite surveys as necessary to determine compliance with the conditions of participation. Transplant programs must be in compliance with the conditions of participation to continue Medicare approval or to receive initial approval for participation.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Alrededor del 1 de septiembre de 2007, los centros aprobados de transplante por Medicare para programas de transplante estarán enumerados en el sitio Web de CMS. La lista se encuentra disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/20\\_Transplant.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/20_Transplant.asp#TopOfPage).
- Los hospitales de transplante deben revisar el sitio Web arriba mencionado y enviar sus solicitudes a la siguiente dirección:

**Centers for Medicare & Medicaid Services**  
Survey and Certification Group  
7500 Security Blvd. Mailstop: S2-12-25  
Baltimore, MD 21244

- Los proveedores de Medicare deben estar enterados de que la nueva serie de Números de Certificación de CMS (CCN por sus siglas en inglés) 9800-9899, establecida mediante la Transmisión 25 (CR5490) el 20 de abril de 2007, no se debe utilizar para efectos de facturación. Los proveedores no pueden facturar usando el número CCN.
- El CR5724 no cambiará la forma en que los Contratistas de Medicare procesan sus reclamaciones. Su contratista, sin embargo, continuará verificando para determinar si usted tiene aprobación para funcionar como un Centro de Transplante Y TAMBIÉN para verificar la fecha de vigencia de la aprobación.
- Su contratista de Medicare también verificará si su instalación está certificada para realizar transplantes en adultos y/o niños, dependiendo de la edad del paciente.

### Información Adicional

Para detalles completos sobre el CR5724, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B de Medicare, FI o A/B MAC. Dicha instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1341CP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

- *On or about September 1, 2007, Medicare approved transplant centers for all Medicare approved transplant programs will be listed at [http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/20\\_Transplant.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/20_Transplant.asp#TopOfPage) on the CMS website.*
- *Transplant hospitals should review the above website and send applications to the following address:*

- *Medicare providers should be aware that the new CMS Certification Number (CCN) series 9800-9899, established via Transmittal 25 (CR 5490) on April 20, 2007 is not for billing. Providers are not to bill with the CCN number.*
- *CR5724 will not change the way your Medicare contractors process your claims. Your contractor will, however, continue to check to determine if you are an approved transplant center AND check the effective approval date.*
- *Your Medicare contractor will also check to determine if your facility is certified for adults and/or pediatric transplants dependent upon the patient's age.*

### Additional Information

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5724) issued to your Medicare FI, carrier, or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1341CP.pdf> on the CMS website.*

*If you need more information, please call 1-877-715-1921.*

Pub. MM5724 / Trans R1341CP / CR5724 / 09-21-07 / mlv dlif



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ACTUALIZACIÓN A LAS TARIFAS DE PRIMAS, DEDUCIBLES Y COASEGURO DE MEDICARE PARA 2008

#### Tipos de Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare, Intermediarios Fiscales (FI por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHI por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MAC por sus siglas en inglés) y Contratistas de la Parte B, por cuidados de salud prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR 5830, del cual se extrae este artículo, instruye a los Contratistas de Medicare que actualicen el sistema de procesamiento de reclamaciones con las nuevas tarifas de Medicare para deducible, coaseguro y el pago de primas para el Año Calendario (AC) 2008, tal como se publicó en el *Federal Register*, CMS-8033-N, el 2 de octubre de 2007.

#### Trasfondo

A continuación los detalles del CR5830:

#### 2008 Parte A – Seguro de Hospital (HI por sus siglas en inglés)

Los beneficiarios que utilizan los servicios cubiertos bajo la Parte A de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de deducible y coaseguro.

#### Hospital

- Un beneficiario es responsable por la cantidad del deducible de paciente hospitalizado, el cual se deduce de la cantidad que el programa Medicare paga al hospital por los servicios de paciente hospitalizado que suministra durante un episodio de enfermedad.
- Cuando un beneficiario recibe dichos servicios por más de 60 días, durante una enfermedad, él o ella son responsables por una cantidad de coaseguro que es igual a una cuarta parte del deducible diario de paciente hospitalizado, durante los días 61 al 90 que haya pasado en el hospital.

## Information and Education Resources for Providers

### UPDATE TO MEDICARE DEDUCTIBLE, COINSURANCE AND PREMIUM RATES FOR 2008

#### Provider Types Affected

*Providers who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FI), regional home health intermediaries (RHHI), Medicare Administrative Contractors (A/B MAC), durable medical equipment Medicare Administrative Contractors (DME MAC) and carriers) for care rendered to Medicare beneficiaries.*

#### What You Need to Know

*CR5830, from which this article is taken, instructs Medicare contractors to update the claims processing system with new Medicare rates for deductible, coinsurance and premium payment amounts for CY 2008, as published in the Federal Register, CMS-8033-N, on October 2, 2007.*

#### Background

*The details of CR5830 follow:*

#### 2008 Part A – Hospital Insurance (HI)

*Beneficiaries who use covered Part A services may be subject to deductible and coinsurance requirements.*

#### Hospital

- *A beneficiary is responsible for an inpatient hospital deductible amount, which is deducted from the amount that the Medicare program pays the hospital for inpatient hospital services it furnishes in an illness episode.*
- *When a beneficiary receives such services for more than 60 days during an illness encounter, he or she is responsible for a coinsurance amount that is equal to one-fourth of the inpatient hospital deductible per-day for the 61st-90th day spent in the hospital.*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Por favor, observe que un individuo tiene 60 días de reserva de cubierta por vida, la cual éstos pueden escoger utilizar después del día 90 de un episodio de una enfermedad. La cantidad de coaseguro por estos días es igual a la mitad del deducible de paciente hospitalizado.

### Centros de Enfermería Especializada

- Un beneficiario es responsable del pago de una cantidad de coaseguro igual a un octavo del deducible diario de paciente hospitalizado, del día 21 hasta el día 100, por servicios suministrados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés) durante un episodio de enfermedad.

Los detalles se resumen en la tabla 1A a continuación:

Parte A 2008 – Seguro de Hospital (HI por sus siglas en inglés) 2008 Part A – Hospital Insurance (HI)			
Deductible	\$1,024.00		
Coinsurance	Hospital		Skilled Nursing Facility
	Days 61-90	Days 91-150 (Lifetime Reserve Days)	Days 21-100
	\$256.00	\$512.00	\$128.00

La mayoría de los individuos de 65 años de edad y mayores (y muchos individuos discapacitados menores de 65 años de edad) están asegurados por beneficios de Seguro de Salud (HI por sus siglas en inglés) sin tener que realizar pagos de prima. Además, el Acta de Seguro Social provee que ciertas personas mayores y discapacitadas que no están aseguradas, pueden registrarse voluntariamente, pero están sujetas al pago mensual de una prima bajo la Parte A.

Desde el 1994, aquellos que se registraron voluntariamente pueden cualificar para una prima reducida de la Parte A, si tienen de 30-39 trimestres de empleo cubierto. Cuando un registro voluntario tiene lugar más de 12 meses después del periodo inicial de registro de una persona, se calcula una penalidad del 10% por dos años, por cada año que éstos tuvieron la oportunidad de registrarse en la Parte A, pero no lo hicieron.

## Information and Education Resources for Providers

*Please note that an individual has 60 lifetime reserve days of coverage, which they may elect to use after the 90th day in a spell of illness. The coinsurance amount for these days is equal to one-half of the inpatient hospital deductible.*

### Skilled Nursing Facility

- *A beneficiary is responsible for a coinsurance amount equal to one-eighth of the inpatient hospital deductible per day for the 21st through the 100th day of Skilled Nursing Facility (SNF) services furnished during a illness episode.*

*These details are summarized in table 1A, below.*

*Most individuals age 65 and older (and many disabled individuals under age 65) are insured for Health Insurance (HI) benefits without a premium payment. In addition, the Social Security Act provides that certain aged and disabled persons who are not insured may voluntarily enroll, but are subject to the payment of a monthly Part A premium.*

*Since 1994, voluntary enrollees may qualify for a reduced Part A premium if they have 30-39 quarters of covered employment. When voluntary enrollment takes place more than 12 months after a person's initial enrollment period, a 2-year 10% penalty is assessed for every year they had the opportunity to (but failed to) enroll in Part A.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Los detalles de esta cobertura se resumen en la tabla 1B a continuación:

## Information and Education Resources for Providers

Details of this coverage are summarized in table 1B, below.

Registro Voluntario bajo la Parte A – Itinerario de Primas <i>Voluntary Enrollees Part A Premium Schedule</i>	
Base Premium (BP)	\$423.00 per month
Base Premium with 10% Surcharge	\$465.30 per month
Base premium with 45% Reduction	\$233.00 per month (for those who have 30-39 quarters of coverage)
Base premium with 45% Reduction and 10% surcharge	\$256.30 per month

### 2008 Parte B – Seguro Médico Suplementario (SMI por sus siglas en inglés)

Bajo la Parte B, el programa de Seguro Médico Suplementario (SMI por sus siglas en inglés), todos los que se registran están sujetos a una prima mensual. Además, la mayoría de los servicios SMI están sujetos a un deducible anual y un coaseguro (porcentaje de costos que debe pagar quien se registra), que se establecen por estatuto. Más aún, cuando el registro en la Parte B tiene lugar más de 12 meses después del periodo de registro inicial de una persona, existe un 10% de aumento permanente en la prima por cada año que el beneficiario tuvo la oportunidad de registrarse, pero no lo hizo.

Para el 2008, la prima estándar por servicios SMI es de \$96.40 por mes; el deducible es de \$135.00 por año; y el coaseguro es el 20%.

Usted debe tener presente que la prima de la Parte B es influenciada por los ingresos del beneficiario. Esto se resume en la Tabla 2.

### 2008 Part B - Supplementary Medical Insurance (SMI)

*Under Part B, the Supplementary Medical Insurance (SMI) program, all enrollees are subject to a monthly premium. In addition, most SMI services are subject to an annual deductible and coinsurance (percent of costs that the enrollee must pay), which are set by statute. Further, when Part B enrollment takes place more than 12 months after a person's initial enrollment period, there is a permanent 10% increase in the premium for each year the beneficiary had the opportunity to (but failed to) enroll.*

*For 2008, the standard premium for SMI services is \$96.40 a month; the deductible is \$135.00 a year; and the coinsurance is 20%.*

*You should be aware that the Part B premium is influenced by the beneficiary's income. This influence is summarized in Table 2.*

Parámetros de Ingresos para Determinar el Pago de Prima Bajo la Parte B <i>Income Parameters for Determining Part B Premium</i>			
Premium per month	Individual Income*	Joint Income (Married)^	Married but file Separate#
\$96.40	\$ 82,000.00 or less	\$164,000.00 or less	\$82,000.00 or less
\$122.20	\$ 82,000.01 - \$102,000.00	\$164,000.01 - \$204,000.00	
\$160.90	\$102,000.01 - \$153,000.00	\$204,000.01 - \$306,000.00	
\$199.70	\$153,000.01 - \$205,000.00	\$306,000.01 - \$410,000.00	\$82,000.01 - \$123,000.00
\$238.40	\$205,000.01 or more	\$410,000.01 or more	\$123,000.01 or more

\***Ingreso Individual** = Beneficiarios que radican Planilla de Contribución sobre Ingresos Individual (incluyendo aquellos que son solteros, jefe de familia, viudo(a) que cualifica con hijo dependiente, o casados que radican por separado y que vivieron separados de su cónyuge durante todo el año contributivo.

\***Individual Income** = Beneficiaries who file an individual tax return (including those who are single, head of household, qualifying widow(er) with dependent child, or married filing separately who lived apart from their spouse for the entire taxable year).

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

**^ Ingresos Conjuntos** = Beneficiarios que están casados y que viven con su cónyuge en cualquier momento durante el año contributivo, y que también someten declaración de ingresos juntos.

**# Casados que someten por Separado** = Beneficiarios que están casados y que vivieron con su cónyuge en cualquier momento durante el año contributivo, pero someten declaración de ingresos por separado.

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5830), enviada a su Contratista de Medicare, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R49GI.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

**^Joint Income** = Beneficiaries who are married and lived with their spouse at any time during the taxable year, and also file a joint tax return.

**#Married but File Separate** = Beneficiaries who are married and lived with their spouse at any time during the taxable year, but file a separate tax return from their spouse

### Additional Information

You can find the official instruction, CR 5830, issued to your Medicare contractor by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R49GI.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5830 / Trans R49GI / CR5830 / 12-14-07/ mlv rrc

## APLICACIÓN DEL ASCA ENFORCEMENT REVIEW - DECISIONES TOMADAS POR OTROS CONTRATISTAS DE MEDICARE A LOS MISMOS PROVEEDORES CUANDO SE SELECCIONAN PARA REVISIÓN DE ASCA POR PARTE DEL CONTRATISTA FERROVIARIO DE MEDICARE...

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones al contratista Ferroviario de Medicare, y otros contratistas de Medicare, Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), y/o Contratistas Administrativos DME de Medicare (DME MACs por sus siglas en inglés), por servicios suministrados tanto a beneficiarios de Medicare dentro del sistema Ferroviario y los que no forman parte del sistema Ferroviario.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5606, que implementa un proceso para habilitar la aplicación de las decisiones revisadas

## APPLICATION OF ASCA ENFORCEMENT - REVIEW DECISIONS MADE BY OTHER MEDICARE CONTRACTORS TO THE SAME PROVIDERS WHEN SELECTED FOR ASCA REVIEW BY THE RAILROAD MEDICARE CARRIER...

### Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to the Railroad Medicare carrier, and other Medicare carriers, Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and/or DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs) for services provided to both Railroad and non-Railroad Medicare beneficiaries.

### Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5606, which implements a process to enable the application of the Administrative

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

impuestas por el *Administrative Simplification Compliance Act (ASCA)*, tomadas por Contratistas No-Ferroviarios de Medicare (Non-RR por sus siglas en inglés) a los mismos proveedores, cuando éstos le facturan al Contratista Ferroviario (RR por su siglas en inglés) de Medicare (RMC por sus siglas en inglés).

### Lo Que Usted Necesita Saber

Debido a la distribución de retirados del RR, muchos proveedores someten menos de 10 reclamaciones por mes al Contratista RR de Medicare (RMC por sus siglas en inglés), y se les ha permitido a estos proveedores que continúen sometiendo reclamaciones en papel al RMC. Los mismos suplidores también pueden atender a los beneficiarios Non-RR de Medicare y someter más de 10 reclamaciones por mes a los otros contratistas de Medicare.

Las excepciones al sistema de radicación de reclamaciones electrónicas ASCA aplican a Medicare en general, y no hacen diferencia basado en contratistas, o entre contratistas RR y Non-RR. Al añadir la información sobre la decisión de la revisión impuesta por ASCA a los archivos enviados de parte de Contratistas de Medicare Non-RR al RMC para compartir data de los proveedores, el RMC puede aplicar decisiones de que los proveedores no son elegibles a someter reclamaciones en papel a los mismos proveedores, cuando éstos le facturan al RMC.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Para mayor información sobre estos cambios, vea las secciones Trasfondo e Información Adicional de este artículo.

### Trasfondo

El *Administrative Simplification Compliance Act (ASCA)* requiere que los proveedores sometan reclamaciones a Medicare electrónicamente para que puedan ser consideradas para pago, con un número limitado de excepciones, incluyendo una excepción que permite a los proveedores que

## Information and Education Resources for Providers

*Simplification Compliance Act (ASCA) enforcement review decisions made by non-Railroad (non-RR) Medicare Contractors to the same providers when they bill the Railroad (RR) Medicare Carrier (RMC).*

### What You Need to Know

*Due to distribution of RR retirees, many providers submit fewer than 10 claims a month to the RR Medicare Carrier (RMC), and these providers have been allowed to continue to submit paper claims to the RMC. The same providers may also treat non-RR Medicare beneficiaries and submit more than 10 claims a month to other Medicare contractors. ASCA electronic claim filing exceptions apply to Medicare overall, and do not differentiate based on contractors or between RR and non-RR contractors. By adding ASCA enforcement review decision information to the file sent from non-RR Medicare contractors to the RMC to share provider data, the RMC can apply decisions that providers are ineligible to submit paper claims to those same providers when they bill the RMC.*

### What You Need to Do

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

### Background

*The Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) requires that providers submit claims to Medicare electronically to be considered for payment, with a limited number of exceptions including an exception that allows providers that submit fewer than 120 claims per year (no more than*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

someten menos de 120 reclamaciones a Medicare por año (no más de 10 reclamaciones por mes, o 30 reclamaciones por trimestre) para que continúen sometiendo reclamaciones en papel. Vea el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24, Secciones 90-90.6 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c24.pdf>.

Sin embargo, debido a la dispersión de los retirados del sistema ferroviario (RR) en los Estados Unidos, un pequeño número de médicos/profesionales de la salud/suplidores atiende a un número grande de beneficiarios RR de Medicare. Como resultado, muchos de estos proveedores someten menos de 10 reclamaciones por mes al Contratista RR Medicare (RMC), y se les ha permitido a ellos que continúen sometiendo reclamaciones en papel al RMC. Además, los mismos proveedores generalmente atienden a beneficiarios Non-RR y someten más de 10 reclamaciones por mes a otros contratistas Medicare.

No obstante, las excepciones al sistema de radicación de reclamaciones ASCA aplican a Medicare en general, y no se hace diferencia a base de contratistas, o entre contratistas RR y Non-RR. Los proveedores que someten reclamaciones en papel a múltiples Contratistas Medicare, incluyendo tanto los contratistas RR como los Non-RR, están sujetos a la Ejecución de Revisión de ASCA por parte de cada uno de esos contratistas.

Si un contratista Medicare Non-RR (1) determina que un proveedor no cumple con los criterios que le permitirían a ese proveedor continuar sometiendo reclamaciones en papel a Medicare, y (2) notifica al proveedor que todas las reclamaciones en papel sometidas a partir de una fecha específica serán denegadas, entonces esa misma decisión se aplicará al proveedor si somete reclamaciones en papel al RMC, aún cuando ese proveedor habitualmente no someta 10 o más reclamaciones en papel al RMC cada mes.

## Information and Education Resources for Providers

*10 claims per month or 30 claims per quarter to Medicare to continue to submit paper claims. See the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24, Sections 90-90.6 at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c24.pdf>.*

*Due to the dispersion of railroad (RR) retirees in the United States, however, few physicians/practitioners/suppliers treat a large number of RR Medicare beneficiaries. As result, many of these providers submit fewer than 10 claims a month to the RR Medicare Carrier (RMC), and they have been allowed to continue to submit paper claims to the RMC. In addition, the same providers generally treat non-RR Medicare beneficiaries and submit more than 10 claims a month to other Medicare contractors.*

*However, ASCA electronic claim filing exceptions apply to Medicare overall, and do not differentiate based on contractors or between RR and non-RR contractors. Providers that submit paper claims to multiple Medicare contractors, including both RR and non-RR Medicare contractors, are subject to ASCA Enforcement Review by each of those contractors.*

*If a non-RR Medicare contractor 1) determines that a provider does not meet criteria which would permit that provider to continue to submit Medicare claims on paper and 2) notifies the provider that all paper claims submitted on or after a specific date will be denied, then that same decision is to be applied to that provider if submitting paper claims to the RMC even if that provider would not normally submit 10 or more paper claims*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Si un proveedor reporta que otro contratista de Medicare ha revocado una decisión de que el proveedor no es elegible para someter reclamaciones en papel, el RMC le pedirá al proveedor que someta una copia de la carta de revocación del contratista, y que detenga todas las reclamaciones en papel nuevas hasta tanto el RMC revise la carta de revocación y le pueda notificar al proveedor, mediante carta, que ellos pueden someter reclamaciones en papel.

Vigente con la fecha de implementación del CR5606, el encargado de mantener el sistema *Medicare Claims System* (MCS por sus siglas en inglés), que prepara los archivos de proveedor para transferencia al RMC, agregará la información de Revisión de Cumplimiento de ASCA para el RMC. Una vez que se añade al archivo, la información respecto a las decisiones de cumplimiento de ASCA hechas por los contratistas Non-RR de Medicare (tales como los proveedores no elegibles para someter reclamaciones en papel), estará accesible al RMC para que las mismas decisiones puedan aplicarse a los mismos proveedores cuando éstos facturan al RMC.

El CR5606 también actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* para eliminar referencias al Estatus de Reclamaciones y Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés) de los Planes de Contingencia HIPAA de Medicare, y cambios para reflejar la transferencia de responsabilidad para reclamaciones *Medigap* al contratista COB.

### Información Adicional

El CR5606 es la instrucción enviada a su Contratista de Medicare, A/B MAC o DME MAC sobre este cambio. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1353CP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

*to the RMC monthly. If a provider reports that another Medicare contractor has reversed a decision that the provider is ineligible to submit paper claims, the RMC will ask that provider to submit a copy of the reversal letter from that contractor and to hold all new paper claims until such time as the RMC reviews the reversal letter and can advise the provider by letter that they can submit the paper claims.*

*Effective with the implementation date of CR5606, the Medicare Claims System (MCS) maintainer that prepares the provider files for transfer to the RMC will add ASCA Enforcement Review information when that information is in the non-RR provider files used to prepare the report for the RMC. Once added to the file, information concerning ASCA Enforcement decisions made by the non-RR Medicare contractors (such as providers are ineligible to submit paper claims) will be accessible to the RMC so the same decisions can be applied to the same providers when they bill the RMC.*

*CR5606 also updates the Medicare Claims Processing Manual to eliminate references to Claims Status and Coordination of Benefits ((COB) Medicare HIPAA Contingency Plans and changes to reflect transfer of responsibility for Medigap claims to the COB contractor.*

### Additional Information

*The official instruction, CR5606, issued to your Medicare carrier, A/B MAC, or DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1353CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5606 / Trans R1583CP / CR5606 / 10-15-07/ mlv rrc

## **Recursos de Información y Educación para Proveedores**

### **LOS CENTROS DE SERVICIO DE MEDICARE & MEDICAID (CMS) BUSCAN INFORMACIÓN DE LOS PROVEEDORES SOBRE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE LOS CONTRATISTAS “FEE-FOR-SERVICE”**

#### **Proveedores Afectados**

Una muestra de 35,000 proveedores de Medicare que reciben servicios de los Contratistas “Fee-For-Service” (FFS), incluyendo a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME/MACs por sus siglas en inglés), e Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés).

#### **Acción Necesaria de Parte del Proveedor**

CMS ofrece a los proveedores la oportunidad de expresar sus opiniones sobre los servicios que reciben de parte de los Contratistas FFS. CMS anunció que ha comenzado su tercera encuesta anual sobre satisfacción de los proveedores con los Contratistas FFS de Medicare que procesan y pagan más de \$280 mil millones en reclamaciones de Medicare cada año. La Encuesta de Satisfacción de Proveedores y Contratistas de Medicare (MCPSS por sus siglas en inglés) está diseñada para recopilar datos cuantificables sobre la satisfacción de los proveedores con el desempeño de los Contratistas FFS, así como una ayuda futura en procesos de mejoramiento a nivel de contratista. La encuesta la utiliza CMS como una medida adicional para evaluar el desempeño de los Contratistas. De hecho, se les requerirá a todos los MACs cumplir con ciertas metas de desempeño en el MCPSS, como parte de los requisitos de contratación para el 2009.

CMS está enviando la encuesta de 2008 a unos 35,000 proveedores seleccionados aleatoriamente, incluyendo a médicos y otros profesionales de la

## **Information and Education Resources for Providers**

### **CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS) SEEKS PROVIDER INPUT ON SATISFACTION WITH MEDICARE FEE-FOR-SERVICE CONTRACTOR SERVICES**

#### **Provider Types Affected**

*Sample of 35,000 Medicare providers served by Medicare Fee-for-Service (FFS) Contractors, including Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), carriers, fiscal intermediaries (FIs), durable medical equipment Medicare Administrative Contractors (DME/MACs) and regional home health intermediaries (RHHIs).*

#### **Provider Action Needed**

*CMS offers providers the opportunity to voice your opinions about the services you receive from your FFS contractors. CMS announced it has begun its third annual provider satisfaction survey of Medicare FFS contractors who process and pay more than \$280 billion in Medicare claims each year. The Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS) is designed to gather quantifiable data on provider satisfaction with the performance of FFS contractors as well as aid future process improvement efforts at the contractor level. The survey is used by CMS as an additional measure to evaluate contractor performance. In fact, all MACs will be required to achieve performance targets on the MCPSS as part of their contract requirements by 2009.*

*CMS is sending the 2008 survey to about 35,000 randomly selected providers, including physicians and other health care practitioners, suppliers and institutional facilities that serve*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

salud, suplidores e instalaciones institucionales que sirven a los beneficiarios de Medicare a través del país. Estos proveedores seleccionados para participar de la encuesta serán notificados para diciembre de 2007. Esta encuesta esta diseñada de modo que pueda completarse en unos 15 minutos. Los proveedores podrán someter sus respuestas a través de un portal seguro en la Internet, por correo, fax, o por teléfono. CMS urge a los proveedores seleccionados a participar de esta encuesta completando y enviando la encuesta tan pronto la reciban.

Debe estar alerta de una notificación que recibirá por correo electrónico, teléfono o correo de parte del contratista que lleva a cabo la encuesta, Westat. Si a usted lo seleccionan para participar de la encuesta, tome el tiempo para completar y someter las respuestas a la encuesta según la reciba.

### Trasfondo

La encuesta MCPSS del 2008 está diseñada para recopilar datos cuantificables sobre niveles de satisfacción de los proveedores con los servicios principales que comprenden la relación entre proveedores y contratistas. La encuesta se enfoca en siete áreas principales de esta relación:

- Solicitud de información de parte de proveedores;
- Alcance y educación a proveedores;
- Procesamiento de reclamaciones;
- Apelaciones;
- Registro de proveedores;
- Revisiones médicas; y
- Auditoría y reembolso a proveedores.

A los proveedores se les solicita que evalúen su experiencia de servicio con los contratistas utilizando una escala del 1 al 6, donde el "1" representa "insatisfecho" y el "6" representa "completamente satisfecho". Los resultados de la segunda encuesta MCPSS se encuentra disponible para acceso por parte de proveedores de servicios de salud y contratistas en el siguiente enlace en el sitio

## Information and Education Resources for Providers

*Medicare beneficiaries across the country. Those providers selected to participate in the survey will be notified by December 2007. The survey is designed so that it can be completed in about 15 minutes. Providers can submit their responses via a secure website, mail, fax, or over the telephone. CMS is urging all Medicare providers selected to participate in the survey by completing and returning their surveys upon receipt.*

*Be alert for a notification via e-mail, phone or mail by the survey contractor, Westat. If you are selected to participate in the survey, please take the time to complete and submit your survey responses upon receipt.*

### Background

*The 2008 MCPSS is designed to gather quantifiable data on provider satisfaction levels with the key services that comprise the provider-contractor relationship. The survey focuses on seven major parts of the relationship:*

- *Provider inquiries;*
- *Provider outreach and education;*
- *Claims processing;*
- *Appeals;*
- *Provider enrollment;*
- *Medical review; and*
- *Provider audit and reimbursement.*

*Respondents are asked to rate their experience working with contractors using a scale of 1 to 6 with "1" representing "not at all satisfied" and "6" representing "completely satisfied." The results of the second MCPSS - which are available to health care providers*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS>. Los resultados del año pasado demostraron que el 85% de los que respondieron evaluaron a sus contratistas entre un 4 y un 6.

Más aún, los resultados de la encuesta MCPSS del 2007 indican que la función de Solicitud de Información de parte de proveedores tiene la mayor influencia en la satisfacción con sus contratistas. Esto refleja un cambio del 2006, cuando la función de procesamiento de reclamaciones fue el más fuerte indicador de la satisfacción general de los proveedores.

### Información Adicional

CMS tiene planes de publicar los resultados de la encuesta en el mes de julio de 2008. Para preguntas o información adicional sobre la encuesta MCPSS, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS>.

## Information and Education Resources for Providers

and contractors on at <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS> on the CMS website. Last year's findings showed that 85 percent of respondents rated their contractors between 4 and 6.

Further, the 2007 MCPSS results indicate that the provider inquiry function has the greatest influence on whether providers are satisfied with their contractors. This indicated a shift from 2006, when the claims processing function was the strongest predictor of a provider's overall satisfaction.

### Additional Information

CMS plans to make the survey results publicly available in July 2008. For questions or additional information about the MCPSS please visit: <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS> on the CMS website.

Pub. SE0750 mlv rrc

## MENSAJE DE AVISO DE RESUMEN DE MEDICARE (MSN): 38.13 REVISADO

Este artículo es para informar a los proveedores y esta basado en la petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5722, el cual delinea un cambio al mensaje 38.13 que aparece en el Resumen de Medicare. Este informará a los beneficiarios que tal vez necesitarán pagarle a su proveedor antes de recibir el Resumen de Medicare, debido al cambio del itinerario de envío a trimestral.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5722.pdf>.

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

## MEDICARE SUMMARY NOTICE (MSN) MESSAGE: REVISED 38.13

*This article is informational for providers and the article is based on Change Request (CR) 5722, which outlines a change to MSN message 38.13 that will advise beneficiaries that they may need to pay their provider before receiving their MSN due to the change to quarterly mailing schedule (see CR 5062.)*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5722.pdf> on the CMS website.*

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

CR5722/Trans. 1347/MM5722 ab

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## PROVEEDORES/“VENDORS” QUE PASARON PRUEBAS HIPAA FORMATO X12N (TRANSACCIÓN 837)

La siguiente tabla identifica a aquellos proveedores y vendedores de programas de facturación electrónica que han completado exitosamente las pruebas “HIPAA X12N 837 Professional” realizadas por Triple-S, Inc./División de Medicare. Sus programas pueden ser utilizados por los proveedores de Medicare para el envío de reclamaciones en formato X12N.

## VENDORS/PROVIDERS THAT HAS TESTED X12N FORMAT (837 TRANSACTION)

*The following table identifies those providers and billing software vendors that have successfully completed “HIPAA X12N 837 Professional” testing with Triple-S, Inc. / Medicare Division. Their programs may be used by Medicare providers to submit X12N electronic claims.*

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 -- 787-884-7214 mass@coqui.net - mass@massspr.com
Medical Computer Systems (Medical Biller 7.0)	--UPIN --Visit/Consultation --Diagnostic Test --Laboratory --Procedure	642 Greenwood Summit Hills San Juan, PR 00920 787-793-8833 -- Fax: 787-271-0281 medbiller@coqui.net
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 -- ciscar@caribe.net
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com
Advance Data Support (MedOne 2.0)	-Visit/Consultation	PO Box 8512 Bayamón, PR 00960 787-269-3830 , 787-269-5620, 787-841-0396 michaelj@adspr.com
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-590-3686, 787-793-0046, Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org

Updated: January 19, 2007-Systems Dept./HAR-MOA

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0)	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 trascasc@prtc.net
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net
WebMD	-Radiology Services -UPIN	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino -- L.Savino@webmd.net
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 787-720-9697 -- Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 http://www.winmbs.com -- softek@prtc.net
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 -- simplesoft@hotmail.com
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net -- www.meditrak-pr.info
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anesthesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net -- http://www.hcspr.com
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 -- PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net -- offiplus@libertypr.net

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com -- brunet@caribe.net www.genius-msd.com
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com 787-620-2474 -- ctorres@infomedika.com
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 -- Fax (516) 868-9060 hcaincny@yahoo.com
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 -- FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101 FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) -- 800-527-8133 maryjo.vrotsos@mckesson.com
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 -- Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com
Per-Sé Technologies	-Visit/Consultation	1145 Sanctuary Parkway Suite 200 Alpharetta, GA 30004 770-237-4300 -- 877-73PERSE toll free www.per-se.com
Computer Innovations, Inc.	-Visit/Consultation	1484 Highland Avenue Cheshire, CT. 06410 203-272-1554
Xactimed Inc.	-Visit/Consultation	9400 North Central Expressway, Suite 700 Dallas, TX. 75231 214-692-4413 -- www.xactimed.com
HealthCareTek	-Visit/Consultation	7031 Grand National Drive Suite 110 Orlando, FL. 75231 407-251-4410 -- www.healthcaretek.com
EVERTEC, Inc. - Health Systems Division (MedOne 2.0 / MedicMAX)	-Visit/Consultation	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com



## Política Médica

### LÍMITES DE TERAPIA CON EXCEPCIONES PARA PACIENTES AMBULATORIOS QUE COMIENZAN EL 1 DE ENERO DE 2008

#### Proveedores Afectados

Terapeutas y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios de terapia prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR 5871, de donde se extrae este artículo, anuncia la cantidad en dólares de los límites de terapia para pacientes ambulatorios para el 2008, y aclara el *Medicare Claims Processing Manual* con respecto a las excepciones a los servicios de terapia a pacientes ambulatorios.

A partir del 1 de enero de 2008, los límites financieros en los servicios de terapia a pacientes ambulatorios serán de \$1,810 para terapia física combinada con servicios de patología del habla-lenguaje; y \$ 1,810 para servicios de terapia ocupacional.

Usted debe asegurarse que su personal de facturación se encuentra al tanto de estos nuevos límites de terapia a pacientes ambulatorios. Usted puede que también quiera referirse al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Sección 10.2 (The Financial Limitation), para obtener la documentación completa de las aclaraciones a las excepciones en los servicios de terapia a pacientes ambulatorios (resumidos más adelante). Las secciones completas del manual que han sido revisadas se incluyen como anejo al CR5871, y están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1414CP.pdf>.

## Medical Policy

### OUTPATIENT THERAPY CAPS WITH EXCEPTIONS START JANUARY 1, 2008

#### Provider Types Affected

*Therapists and other providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC)) for therapy services for Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*CR 5871, from which this article is taken announces the dollar amount of outpatient therapy caps for 2008, and clarifies the Medicare Claims Processing Manual regarding exceptions to outpatient therapy services.*

*On January 1, 2008, the financial limits on outpatient therapy services will be \$1,810 for combined physical therapy and speech-language pathology services; and \$1,810 for occupational therapy services.*

*You should make sure that your billing staffs are aware of these new outpatient therapy caps. You might also want to refer to the updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Section 10.2 (The Financial Limitation), for the complete documentation of the outpatient therapy services exceptions clarifications (which are summarized below). The complete revised manual sections are attached to CR5871, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1414CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Trasfondo

El *Balanced Budget Act* del 1997 estableció limitaciones financieras a los servicios de terapia física para pacientes ambulatorios, terapia ocupacional, y servicios de patología del habla-lenguaje en todos los ambientes, con excepción de los servicios ambulatorios en hospitales. El *Defecit Reduction Act* del 2006 estableció excepciones a los límites, y el *Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act* del 2007 extendió el proceso de excepciones en los límites hasta el 30 de junio de 2008. La cantidad en dólares del límite se actualiza anualmente, de acuerdo con el Índice Económico de Medicare.

El CR 5871, de donde se extrae este artículo, anuncia la cantidad en dólares de los límites de terapia para pacientes ambulatorios para el 2008. A partir del 1 de enero de 2008, los límites financieros en los servicios de terapia ambulatoria serán de \$1,810 para servicios combinados de terapia física y servicios de patología del habla-lenguaje; y \$1,810 para servicios de terapia ocupacional. Se permiten excepciones para servicios de terapia a pacientes ambulatorios considerados “médicamente necesarios”.

Los límites financieros en los servicios de terapia a pacientes ambulatorios a través de los últimos tres años se indican en la Tabla 1.

Límites Financieros a Servicios de Terapia Ambulatoria  
*Financial Limits on Outpatient Therapy Services\**

Año Year	Terapia Física y Patología del Habla-Lenguaje Combinado <i>Physical Therapy and Speech Language Pathology Combined</i>	Terapia Ocupacional <i>Occupational Therapy</i>
2008	\$1,810	\$1,810
2007	\$1,780	\$1,780
2006	\$1,740	\$1,740

**Nota:** Medicare paga hasta un 80% de los límites, después de haber cumplido con el deducible.

El Mensaje MSN (*Medicare Summary Notice*) 38.18 se actualizó para que lea:

“ALERTA: La cubierta por parte de Medicare está limitada a \$ 1,780 en 2007, y a \$1,810 en 2008 para servicios combinados de terapia física y patología del habla-lenguaje a pacientes ambulatorios. Los servicios de terapia ocupacional tienen los mismos límites. Medicare paga hasta el

## Medical Policy

### Background

*The Balanced Budget Act of 1997 enacted financial limitations on outpatient physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology services in all settings except outpatient hospital services. The 2006 Deficit Reduction Act enacted exceptions to the limits, and the Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007 extended the cap exceptions process through June 30, 2008. The dollar amount of the cap is updated annually in accordance with the Medicare Economic Index.*

*CR 5871, from which this article is taken announces the dollar amount of outpatient therapy caps for 2008. Effective January 1, 2008, the financial limits on outpatient therapy services will be \$1,810 for combined physical therapy and speech-language pathology services; and \$1,810 for occupational therapy services. Exceptions are allowed for medically necessary outpatient therapy services.*

*The financial limits on outpatient therapy services over the last three years are displayed in Table 1.*

**Note:** Medicare pays up to 80% of the limits after the deductible has been met.

*The Medicare Summary Notice (MSN) message 38.18 has been updated to read:*

*“ALERT: Coverage by Medicare is limited to \$1,780 in 2007 and \$1,810 in 2008 for outpatient physical therapy and speech-language pathology combined. Occupational therapy services have the same limits.*

Cont. on next page

## Política Médica

80% de los límites después de haber cubierto el deducible. Las excepciones a estos límites aplican a servicios de terapia facturados por departamentos ambulatorios de un hospital y pueden también aplicar a los servicios considerados “**médicamente necesarios**”.

El CR 5871 también aclara el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Sección 10.2 (The Financial Limitation), sobre excepciones a servicios de terapia a pacientes ambulatorios (excepto cuando son facturados por hospitales para pacientes ambulatorios). A continuación encontrará un resumen de las principales aclaraciones del manual:

### 1. Sección 10.2, Subsección B. Moratoria and Exceptions for Therapy Claims

Se añade lenguaje sobre excepciones futuras, según se indica a continuación: La excepción al límite de servicios de terapia facturados por hospitales para pacientes ambulatorios fue parte de la legislación original (*Balanced Budget Act* del 1997), y aplica siempre que los límites estén vigentes. Excepciones a los límites basados en la necesidad médica del servicio entran en vigencia solamente cuando el Congreso legisla las excepciones, como hicieron en el 2007, y como también extendieron hasta junio 30 de 2008, como parte del *Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act* del 2007.

### 2. Sección 10.2, Subsección C-1 Exceptions to Therapy Caps - General

Cuando el proceso de excepciones (como se indica en la legislación) entra en vigor, aplican las políticas en esta sección. Además, con la excepción del uso del modificador KX, la guía en esta sección aplica a todos los servicios de terapia tratados en esta sección.

El beneficiario puede cualificar para uso de las excepciones en los límites en cualquier momento durante el episodio cuando los servicios documentados como **médicamente necesarios** exceden los límites. Todos los servicios cubiertos y considerados **médicamente necesarios** cualifican para excepciones en los límites de terapia.

## Medical Policy

*Medicare pays up to 80 percent of the limits after the deductible has been met. Exceptions to these limits apply to therapy billed by hospital outpatient departments and may also apply to medically necessary services.”*

*CR 5871 also clarifies the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Section 10.2 (The Financial Limitation), regarding exceptions to outpatient therapy services (except when billed by outpatient hospitals). A summary of the major manual clarifications follows:*

### 1. Section 10.2, Subsection B. Moratoria and Exceptions for Therapy Claims

*Future exceptions language added as follows:* *The cap exception for therapy services billed by outpatient hospitals was part of the original legislation (Balanced Budget Act of 1997), and applies as long as caps are in effect. Exceptions to caps based on the medical necessity of the service are in effect only when Congress legislates the exceptions, as they did for 2007 and as they again extended through June 30, 2008, as part of the Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007.*

### 2. Section 10.2, Subsection C-1 Exceptions to Therapy Caps – General

*When the exceptions process (as directed by legislation) is in effect the policies in this section apply. Further, with the exception of the use of the KX modifier, the guidance in this section applies to all therapy services addressed by this section.*

*The beneficiary may qualify for use of the cap exceptions at any time during the episode when documented medically necessary services exceed caps. All covered and medically necessary services qualify for exceptions to caps.*

Cont. on next page



## Política Médica

### 3. Sección 10.2, Subsección C-2 Automatic Process Exceptions

A partir del 1 de enero de 2007, todas las excepciones son procesadas automáticamente. Usted debe estar al tanto que el término “excepciones de proceso automático” indica que el procesamiento de reclamaciones para la excepción es automático, y no que la excepción, en sí, es automática.

Al tomar una decisión acerca de si se debe utilizar el proceso automático para excepción, los médicos deben considerar (entre otras consideraciones) si los servicios son apropiados a la condición del paciente incluyendo el diagnóstico, complejidades y severidad. Usted debe estar informado que la lista de los códigos ICD-9 (para condiciones y complejidades que podrían cualificar a un beneficiario para excepción a los límites) que se encuentran en la tabla en la subsección 10.2 C-3, es solo una guía; y ni asegura que los servicios en la lista serán exonerados, ni limita el suministro de los servicios cubiertos y **médicamente necesarios** para condiciones que no se encuentran en la lista.

No todos los pacientes que tienen una condición o complejidad que se encuentra en la lista de códigos ICD-9 son “automáticamente” exonerados de los límites de terapia. Usted debe ver el *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15 (Covered Medical and Other Health Services), Sección 230.3 (Practice of Speech-Language Pathology) para documentar la condición y las complejidades del paciente. Note que los contratistas de Medicare pueden escudriñar las reclamaciones de los proveedores cuyos servicios exceden los límites más frecuentemente de lo que se considera típico. Usted puede encontrar más información (guías) sobre la facturación de servicios de terapia en el *Local Coverage Determinations* de algunos contratistas.

### 4. Subsección C-3. Códigos ICD-9 Que Probablemente Cualifican para el Proceso Automático de Excepción a los Límites de Terapia a Base de la Condición Clínica o Complejidad.

## Medical Policy

### 3. Section 10.2, Subsection C-2 Automatic Process Exceptions

*Beginning January 1, 2007, all exceptions are processed automatically. You should be aware that the term “automatic process exceptions” indicates that the claims processing for the exception is automatic, and not that the exception, itself, is automatic.*

*In making a decision about whether to utilize the automatic process for exception, clinicians should consider, (among other considerations) whether services are appropriate to the patient’s condition including the diagnosis, complexities and severity. You should be aware that the list of the ICD-9 codes (for conditions and complexities that might qualify a beneficiary for exception to caps) that is found in the table in subsection 10.2 C-3 is only a guideline; and neither assures that services on the list will be excepted, nor limits the provision of covered and medically necessary services for conditions that are not on the list.*

*Not all patients who have a condition or complexity on the ICD-9 code list are “automatically” excepted from therapy caps. You should see the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Section 230.3 (Practice of Speech-Language Pathology) for documenting the patient’s condition and complexities. Note that Medicare contractors may scrutinize claims from providers whose services exceed caps more frequently than is typical. Further guidance on billing therapy services are found in the Local Coverage Determinations of some contractors.*

### 4. Subsection C-3. ICD-9 Codes That are Likely to Qualify for the Automatic Process Therapy Cap Exception Based Upon Clinical Condition or Complexity.

Cont. on next page



## Política Médica

La Cubierta Local de algunos Contratistas de Medicare no permite el uso de algunos de los códigos en la lista en esta Subsección en la posición de diagnóstico primario en una reclamación. Si su contratista ha determinado que estos códigos no caracterizan a pacientes que requieren servicios **médicamente necesarios**, usted no puede usar estos códigos. En su lugar, para describir la condición del paciente, usted debe usar un código de diagnóstico facturable aceptado por su contratista.

Medicare aplicará límites de terapia a los servicios basado en la necesidad médica del servicio para la condición del paciente, y no la condición en sí. Si un servicio fuera pagadero antes de alcanzar el límite, y todavía se considera **médicamente necesario** después de haber alcanzado el límite, se hará una excepción con el servicio.

Usted puede usar el proceso automático de excepción para servicios considerados **médicamente necesarios** cuando el paciente tiene una condición que se puede facturar que no se encuentra en la lista en esta subsección. El diagnóstico en esta lista puede indicarse en la posición secundaria en la reclamación y/o en los récords médicos, según lo requiera su contratista.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los límites de terapia ambulatoria para el 2008, y las aclaraciones al *Medicare Claims Processing Manual* sobre las excepciones a los servicios de terapia ambulatoria en el CR5871, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1414CP.pdf>. La actualización al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Sección 10.2 (The Financial Limitation) se encuentran disponibles como anejo a ese CR.

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

## Medical Policy

*Some Medicare contractors' Local Coverage Determinations do not allow the use of some of the codes on the list in this Subsection to be in the primary diagnosis position on a claim. If your contractor has determined that these codes do not characterize patients who require medically necessary services, you may not use these codes. Rather, to describe the patient's condition, you must use a billable diagnosis code that your contractor allows.*

*Medicare will apply therapy caps to services based on the medical necessity of the service for the patient's condition, not on the condition itself. If a service would be payable before the cap is reached and is still medically necessary after the cap is reached, that service is excepted.*

*You may use the automatic process for exception for medically necessary services when the patient has a billable condition that is not on the list in this subsection. The diagnosis on this list may be put in a secondary position on the claim and/or in the medical records, as your contractor directs.*

### Additional Information

*You can find more information about the outpatient therapy caps for 2008, and the Medicare Claims Processing Manual clarifications regarding exceptions to outpatient therapy services by going to CR 5871, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1414CP.pdf> on the CMS website. The updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 5 (Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services), Section 10.2 (The Financial Limitation) is an attachment to that CR.*

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

Pub. MLN5871 / Trans R1414CP / CR5871 / 01-10-08/ mlv rrc

## Política Médica

### CODIFICACIÓN PARA POLIPECTOMÍA REALIZADA DURANTE COLONOCOPIA DE CERNIMIENTO O SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE

#### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés)), por pruebas de cernimiento de cáncer colorrectal suministradas a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), proveen este artículo de edición especial para aclarar las instrucciones de facturación para beneficiarios de Medicare que (1) se presentan para una colonoscopia de cernimiento (o sigmoidoscopia flexible), (2) que no tienen síntomas gastrointestinales, y (3) que durante la colonoscopia de cernimiento (o sigmoidoscopia flexible), se les identifica una anomalía (tal como un pólipo, etc.) a la cual se le hizo una biopsia o que fue removida.

#### Trasfondo

CMS tiene conocimiento de que existe confusión con respecto a la facturación de la colonoscopia de cernimiento, que surge de la manera en que está redactada la Reglamentación Final de la Tarifa Fija de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés) de 2007 (Registro Federal, Vol. 71, Núm. 231, página 69665, del 1 de diciembre de 2006). (Vea la Reglamentación Final del MPFS en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/quarterlyproviderupdates/downloads/cms1321fc.pdf>).

La sección relevante del MPFS del 2007 establece, en lo que respecta a colonoscopías de cernimiento, que:

“si durante el curso de dicha colonoscopia exploratoria se detecta una lesión o crecimiento que resulta en una biopsia o

## Medical Policy

### CODING FOR POLYPECTOMY PERFORMED DURING SCREENING COLONOSCOPY OR FLEXIBLE SIGMOIDOSCOPY

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This special edition article is being provided by the Centers for Medicare & Medicaid Services to clarify billing instructions for the Medicare beneficiary who 1) presents for a screening colonoscopy (or flexible sigmoidoscopy), 2) has no gastrointestinal symptoms, and 3) during their screening colonoscopy (or flexible sigmoidoscopy), have an abnormality identified (such as a polyp, etc.) which is biopsied or removed.*

#### Background

*CMS has become aware of confusion regarding billing for colorectal screening arising because of wording in the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) Final Rule for 2007 (Federal Register, Vol. 71, No. 231, page 69665, December 1, 2006 (See the MPFS Final Rule at <http://www.cms.hhs.gov/quarterlyproviderupdates/downloads/cms1321fc.pdf> on the CMS website).*

*The relevant section of the 2007 MPFS states, regarding screening colonoscopies, that:*

*“if during the course of such screening colonoscopy, a lesion or growth is detected which results in a biopsy or removal of the lesion or growth, payment*

Cont. on next page

## Política Médica

remoción de la lesión o crecimiento, el pago bajo esta parte no se hará para la colonoscopia de cernimiento, sino que se hará por el procedimiento clasificado como colonoscopia con dicha biopsia o remoción". Basado en este lenguaje estatutario, en tales casos, la prueba o procedimiento ya no se clasifica como "prueba de cernimiento". Por lo tanto, no está exenta del pago de deducible en tales situaciones.

El escenario antes indicado puede replantearse de la siguiente manera:

- Un paciente se presenta para una colonoscopia de cernimiento (o sigmoidoscopia flexible), y el paciente no tiene síntomas gastrointestinales.
- Durante la colonoscopia de cernimiento subsiguiente (o sigmoidoscopia flexible), se identifica una anomalía (tal como un pólipo, etc.), y se le realiza una biopsia o se remueve.

CMS recomienda que, ya sea que se encuentre una anomalía o no, si un servicio a un beneficiario de Medicare comienza con un examen de cernimiento (colonoscopia o sigmoidoscopia), entonces el diagnóstico primario debe indicarse en el formulario CMS-1500 (o el formato electrónico equivalente), utilizando el código ICD-9 para el examen de cernimiento.

Como ejemplo, el escenario antes indicado debería facturarse de la siguiente manera, utilizando el formulario CMS-1500 (o el formato electrónico equivalente):

- Encasillado 21 (Diagnóstico o Naturaleza de la Enfermedad o Lesión)
  - Indique el Diagnóstico Primario haciendo uso del sistema de codificación ICD-9-CM, ("International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification"), para el examen de cernimiento (colonoscopia o sigmoidoscopia), y
  - Indique el Diagnóstico Secundario utilizando el código ICD-9-CM para un hallazgo anormal (pólipo, etc.).
  - Por ejemplo, el código V76.51 (*Cernimiento especial para neoplasmas malignos, Colon*), sería utilizado como el

## Medical Policy

*under this part shall not be made for the screening colonoscopy but shall be made for the procedure classified as a colonoscopy with such biopsy or removal." Based on this statutory language, in such instances the test or procedure is no longer classified as a "screening test." Thus, the deductible would not be waived in such situations.*

*The above scenario can be restated as follows:*

- *A patient presents for a screening colonoscopy (or flexible sigmoidoscopy), and the patient has no gastrointestinal symptoms.*
- *During the subsequent screening colonoscopy (or flexible sigmoidoscopy), an abnormality is identified (such as a polyp, etc.), and it is biopsied or removed.*

*CMS advises that, whether or not an abnormality is found, if a service to a Medicare beneficiary starts out as a screening examination (colonoscopy or sigmoidoscopy), then the primary diagnosis should be indicated on the form CMS-1500 (or its electronic equivalent) using the ICD-9 code for the screening examination.*

*As an example, the above scenario should be billed as follows using claim form CMS-1500 (or its electronic equivalent):*

- *Item 21 (Diagnosis or Nature of Illness or Injury)*
  - *Indicate the Primary Diagnosis using the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, (ICD-9-CM) code for the screening examination (colonoscopy or sigmoidoscopy), and*
  - *Indicate the Secondary Diagnosis using the ICD-9-CM code for the abnormal finding (polyp, etc.).*
  - *For example, V76.51 (Special screening for malignant neoplasms, Colon) would be used as the first listed code,*

Cont. on next page

## Política Médica

primer código enumerado, mientras que el código secundario podría ser el 211.3 (*neoplasma benigno de otras partes del sistema digestivo, Colon*).

- Encasillado 24D (*Procedimientos, Servicios, o Suministros*)
  - Indique el procedimiento realizado usando el código HCPCS/CPT para el procedimiento (biopsia o polipectomía), y
- Encasillado 24E (*Indicador de Diagnóstico*)
  - Entre solamente el "2" para relacionar el procedimiento (polipectomía o biopsia) con el hallazgo anormal (pólipo, etc.).

Un beneficiario de Medicare que se somete a una colonoscopia de cernimiento (que no presenta síntomas ni hallazgos anormales antes del procedimiento), será responsable por el pago de deducible si se identifica un pólipo y se le realiza una biopsia o se remueve.

Cuando no existe necesidad de un procedimiento terapéutico, el código HCPCS "G" apropiado se reporta con el código ICD-9-CM que refleja la indicación. A partir del 1 de enero de 2007, CMS comenzó a dispensar el pago de deducible anual de la Parte B de Medicare para las pruebas de cernimiento de cáncer colorrectal facturadas con los códigos HCPCS "G" listados en la siguiente tabla:

## Medical Policy

*while the secondary code might be 211.3 (Benign neoplasm of other parts of digestive system, Colon).*

- *Item 24D (Procedures, Services, or Supplies)*
- *Indicate the procedure performed using the CMS Healthcare Common Procedure Coding System/Common Procedure Terminology (HCPCS/CPT) code for the procedure (biopsy or polypectomy), and*
- *Item 24E (Diagnosis Pointer)*
- *Enter only "2" (to link the procedure (polypectomy or biopsy) with the abnormal finding (polyp, etc.)*

*A Medicare beneficiary undergoing a screening colonoscopy (no symptoms and no abnormal findings prior to the procedure) will be responsible for the deductible if a polyp is identified and either biopsied or removed.*

*When there is no need for a therapeutic procedure, the appropriate HCPCS G-code is reported with the ICD-9-CM code reflecting the indication. Effective January 1, 2007, CMS began waiving the annual Medicare Part B deductible for colorectal cancer screening tests billed with the HCPCS G-codes listed in the following table:*

<i>HCPCS Screening Code Código HCPCS de Cernimiento</i>	<i>Descriptor</i>
<b>G0104</b>	<i>Colorectal cancer screening: Flexible sigmoidoscopy</i> Prueba de cernimiento de cáncer colorrectal: Sigmoidoscopia Flexible.
<b>G0105</b>	<i>Colorectal cancer screening: Colonoscopy on individual at high risk;</i> Prueba de cernimiento de cáncer colorrectal: Colonoscopia a individuo en alto riesgo.
<b>G0121</b>	<i>Colorectal cancer screening: Colonoscopy on individual not meeting criteria for high risk</i> Prueba de cernimiento de cáncer colorrectal: Colonoscopia a individuo que no cumple con los criterios de alto riesgo.
<b>G0106</b>	<i>Colorectal cancer screening: Barium enema as an alternative to G0104, screening sigmoidoscopy</i> Prueba de cernimiento de cáncer colorrectal: <i>Barium Enema</i> como alternativa al código G0104, sigmoidoscopia de cernimiento.
<b>G0120</b>	<i>Colorectal cancer screening: Barium enema as an alternative to G0105, screening colonoscopy</i> Prueba de cernimiento de cáncer colorrectal: <i>Barium Enema</i> como alternativa al código G0105, colonoscopia de cernimiento.

Cont. on next page



## Política Médica

### Información Adicional

Si desea información adicional sobre artículos que tratan el tema de pruebas de cernimiento de cáncer colorrectal, vea los siguientes artículos MLN Matters en el sitio Web de CMS: SE0710 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0710.pdf>) y MM5387 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5387.pdf>).

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

## Medical Policy

### Additional Information

*For related MLN Matters articles on colorectal cancer screenings, see articles SE0710 and MM5387, which are available at (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0710.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5387.pdf>, respectively, on the CMS website. )*

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

Pub. SE0746 mlv rrc

## ADICIÓN A LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA

### Proveedores Afectados

Médicos, profesionales de la salud y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios de telemedicina prestados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5628, el cual añade el examen de estatus de neuroconducta (según lo representa el código HCPCS 96116) a la lista de servicios de telemedicina de Medicare.

Vigente el 1 de enero de 2008, los modificadores "GT" de telemedicina (mediante el sistema interactivo de telecomunicaciones de audio y vídeo) y el modificador "GQ" (a través del sistema de telecomunicaciones asincrónicas) son válidos cuando se facturan con el código HCPCS 96116.

Vea las secciones **Trasfondo e Información Adicional** de este artículo para más detalles sobre estos cambios.

## ADDITION TO MEDICARE TELEHEALTH SERVICES

### Provider Types Affected

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

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5628 which adds the neurobehavioral status exam (as represented by HCPCS code 96116) to the list of Medicare telehealth services.*

*Effective January 1, 2008, the telehealth modifiers "GT" (via interactive audio and video telecommunications system) and modifier "GQ" (via asynchronous telecommunications system) are valid when billed with HCPCS code 96116.*

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

Cont. on next page

## Política Médica

### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) anunciaron en el CR5628 que el examen de estatus de neuroconducta (Código HCPCS 96116) se añadió a la lista de servicios de telemedicina de Medicare (vea la reglamentación final para el Año Calendario 2008 del Manual de Tarifas de Médicos (CMS-1385-FC)). Anteriormente, CMS determinó que, si se cumplía con los criterios de elegibilidad y las condiciones de pago, el uso del sistema de telecomunicaciones podría sustituir un encuentro cara a cara para consulta, visitas de oficina, sesiones de sicoterapia individual, manejo farmacológico, examen de entrevista de diagnóstico siquiátrico, y servicios relacionados a pacientes con enfermedad renal terminal, y terapia de nutrición médica individual. El CR5628 añadió el examen de estatus de neuroconducta a la lista de servicios de telemedicina (negrillas). Los servicios de telemedicina se indican más adelante:

- Consultas (Códigos CPT 99241-99275) – Vigente Octubre 1, 2001-Diciembre 31, 2005;
- Consultas (Códigos CPT 99241-99255) – Vigente Enero 1, 2006;
- Visitas a Oficina u otras visitas ambulatorias (Códigos CPT 99201-99215);
- Sicoterapia Individual (Códigos CPT 90804-90809);
- Manejo farmacológico (Código CPT 90862);
- Examen de entrevista de diagnóstico siquiátrico (Código CPT 90801) – Vigente Marzo 1, 2003;
- Terapia de Nutrición Médica Individual (Códigos HCPCS G0270, 97802, y 97803) (Vigente Enero 1, 2006); y
- Servicios relacionados a pacientes con Enfermedad Renal Terminal (ESRD) (Códigos HCPCS G0308, G0309, G0311, G0312, G0314, G0315, G0317, y G0318) – Vigente Enero 1 de 2005;
- Examen de estatus de neuroconducta (Código HCPCS 96116) (Vigente Enero 1, 2008).

## Medical Policy

### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced in CR 5628 that the neurobehavioral status exam (Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code 96116) has been added to the list of Medicare telehealth services (see the final rule for the calendar year (CY) 2008 physician fee schedule (CMS-1385-FC)). Previously, CMS determined that, if the eligibility criteria, and conditions of payment are satisfied, the use of a telecommunications system may substitute for a face-to-face, “hands on” encounter for consultation, office visits, individual psychotherapy, pharmacologic management, psychiatric diagnostic interview examination, end stage renal disease related services, and individual medical nutrition therapy. CR5628 added neurobehavioral status exam to the list of telehealth services (bolded). Medicare telehealth services are listed below.*

- *Consultations (CPT codes 99241 - 99275) - Effective October 1, 2001 – December 31, 2005;*
- *Consultations (CPT codes 99241 - 99255) - Effective January 1, 2006;*
- *Office or other outpatient visits (CPT codes 99201 - 99215);*
- *Individual psychotherapy (CPT codes 90804 - 90809);*
- *Pharmacologic management (CPT code 90862);*
- *Psychiatric diagnostic interview examination (CPT code 90801) – Effective March 1, 2003;*
- *End Stage Renal Disease (ESRD) related services (HCPCS codes G0308, G0309, G0311, G0312, G0314, G0315, G0317, and G0318) – Effective January 1, 2005;*
- *Individual Medical Nutrition Therapy (HCPCS codes G0270, 97802, and 97803) (Effective January 1, 2006); and*
- *Neurobehavioral status exam (HCPCS code 96116) (Effective January 1, 2008).*

Cont. on next page

## Política Médica

Además, vigente el 1 de enero de 2008, los siguientes modificadores son válidos cuando se facturan con el código HCPCS 96116:

<b>Modificador Modifier</b>	<b>Descriptor</b>
<b>GT</b>	Mediante sistema interactivo de telecomunicaciones de audio y vídeo <i>Via interactive audio and video telecommunications system</i>
<b>GQ</b>	Mediante sistema de telecomunicaciones asincrónico <i>Via asynchronous telecommunications system</i>

La expansión de la lista de servicios de telemedicina de Medicare no cambia los criterios de elegibilidad, condiciones de pago, o la metodología de facturación o pago aplicable a servicios de telemedicina de Medicare, según se establece en el *Medicare Benefit Policy Manual* (Publicación 100-02, Capítulo 15, Sección 270) y en el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04, Capítulo 12, Sección 190).

Por ejemplo, el lugar de procedencia debe estar localizado en un condado que no sea un Área Estadística Metropolitana (MSA por sus siglas en inglés) o en un Área de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA por sus siglas en inglés), y debe ser uno de los siguientes:

- Oficina del médico o profesional de la salud,
- Hospital,
- Hospital de Acceso Crítico (CAH por sus siglas en inglés)
- Clínica Rural de Salud, o
- Centro de Salud Cualificado por el Gobierno Federal.

Además, debe utilizarse un sistema interactivo de telecomunicaciones de audio y vídeo, permitiendo una comunicación en tiempo real entre el médico o profesional de la salud en una localidad distante y el beneficiario de Medicare, y como una condición de pago, el paciente debe estar presente y participar de la visita de telemedicina. La única excepción al requisito de telecomunicación interactiva es en el caso de los programas federales de demostración de telemedicina llevados a cabo en Alaska o Hawaii. En estas circunstancias, el pago de Medicare se permite para servicios de telemedicina cuando se utiliza tecnología asincrónica de almacenaje y envío.

Vigente el 1 de enero de 2008, el CR5628 requiere que:

## Medical Policy

*In addition, effective January 1, 2008, the following modifiers are valid when billed with HCPCS code 96116:*

*The expansion to the list of Medicare telehealth services does not change the eligibility criteria, conditions of payment, or payment or billing methodology applicable to Medicare telehealth services as set forth in the Medicare Benefit Policy Manual (Publication 100-02, Chapter 15, Section 270) and the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04, Chapter 12, Section 190).*

*For example, originating sites must be located in either a non- Metropolitan Statistical Area (non-MSA) county or rural Health Professional Shortage Area (HPSA) and must be one of the following:*

- *Physician's or practitioner's office,*
- *Hospital,*
- *Critical access hospital (CAH),*
- *Rural health clinic, or*
- *Federally qualified health center.*

*Also, an interactive audio and video telecommunications system must be used permitting real-time communication between the distant site physician or practitioner and the Medicare beneficiary, and as a condition of payment, the patient must be present and participating in the telehealth visit. The only exception to the interactive telecommunications requirement is in the case of Federal telemedicine demonstration programs conducted in Alaska or Hawaii. In this circumstance, Medicare payment is permitted for telehealth services when asynchronous store and forward technology is used.*

*Effective January 1, 2008, CR 5628 instructs that:*

Cont. on next page



## Política Médica

- Su Contratista local de la Parte B y/o los A/B MACs pague el código HCPCS 96116, de acuerdo a las cantidades apropiadas de tarifa fija para médicos y profesionales de la salud, cuando se someten con un modificador “GT” o “GQ”, y
- Su FI y/o A/B MC local pague el código HCPCS 96116 cuando se someta con un modificador “GT” o “GQ” por parte de un Hospital de Acceso Crítico que ha escogido el método de pago II en el Tipo de Factura (TOB) 85x.

### Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B, FI o A/B MAC, en dos “transmittals” del CR5628, disponibles en los siguientes enlaces en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1277CP.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R74BP.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Medical Policy

- *Your local part B Carriers and or A/B MACs will pay for HCPCS code 96116 according to the appropriate physician or practitioner fee schedule amount when submitted with a GT or GQ modifier, and*
- *Your local FIs and or A/B MACs will pay for HCPCS code 96116 when submitted with a GT or GQ modifier, by CAHs that have elected Method II payment on Type of Bill (TOB) 85x.*

### Additional Information

*To view the official instructions issued to your carrier, FI, or A/B MAC, see the two transmittals for CR5628 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1277CP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R74BP.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

MLN5628/R1277CP and R74BP/CR5628/06-29-07/mlv- rrc

## TERAPIA NEBULIZADA DE AGONISTAS BETA-ADRENÉRGICOS PARA ENFERMEDADES DEL PULMÓN

La petición de cambio (CR) 5820, del cual se tomo este artículo, establece que a partir del 10 de septiembre de 2007 no existirá una Determinación Nacional de Cubierta (NCD) para terapia nebulizada de Agonistas Beta- Adrenérgico para enfermedades del pulmón. Por lo tanto, deben asegurarse de que su personal de facturación estén conciente de que los contratistas locales continuarán tomando decisiones razonable y necesario según la Sección 1862(a)(1)(A) a través del proceso de Determinación Local de Cubierta (LCD, según sus siglas en inglés) o caso a caso.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5820.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## NEBULIZED BETA ADRENERGIC AGONIST THERAPY FOR LUNG DISEASES

*CR5820, from which this article is taken, provides that (effective September 10, 2007) no National Coverage Determination (NCD) for nebulized beta adrenergic agonist therapy for lung diseases is appropriate. Therefore, you should make sure that your billing staffs are aware that local contractors will continue to make Section 1862(a)(1)(A) reasonable and necessary decisions through a local coverage determination process or case-by-case adjudication.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5820.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

CR5820/Trans. R79NCD/MM5820 ab



## Política Médica

### POLÍTICA DE MEDICARE SOBRE ENSAYOS CLÍNICOS (CTP)

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones relacionadas con Ensayos Clínicos a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B de Medicare, Contratistas Administrativos de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME/MACs por sus siglas en inglés], Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], e Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés]).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5719, el cual implementa dos cambios a la Política de Ensayos Clínicos del 2000, mediante: (1) la modificación para aclarar el lenguaje que describe la cubierta de un artículo/servicio investigativo en el contexto de un ensayo clínico, y (2) adopción de cubierta con evidencia de desarrollo (CED por sus siglas en inglés). El resto de la política de Ensayos Clínicos de 2000 continúa sin cambios.

El CR5719 establece que, para artículos y servicios prestados a partir del 9 de julio de 2007, los costos rutinarios de un ensayo clínico incluyen todos los artículos y servicios que están generalmente disponibles a los beneficiarios de Medicare (ejemplo, existe una categoría de beneficio, no esta estatutariamente excluida, y no hay una decisión nacional de no cubierta) que se proveen ya sea en la rama experimental o de control de un Ensayo Clínico. El artículo investigativo o el servicio, en sí, está excluido, al menos que exista otro tipo de cubierta fuera del Ensayo Clínico.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Además, la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) se revisó para añadir el CED. El CED es para artículos y servicios en Ensayos Clínicos de Investigación para los cuales existe cierta evidencia de beneficios médicos significativos, pero para los cuales no existe suficiente evidencia que apoye una

## Medical Policy

### MEDICARE CLINICAL TRIAL POLICY (CTP)

#### Provider Types Affected

*All physicians, providers, and suppliers who submit claims related to clinical trials to Medicare contractors (carriers, Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), durable medical equipment Medicare Administrative Contractors (DME/MACs), fiscal intermediaries (FIs), and regional home health intermediaries (RHHIs)).*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5719, which implements two changes to the 2000 clinical trial policy by: (1) modifying for clarity the language describing coverage of an investigational item/service in the context of a clinical trial, and, (2) adopting coverage with evidence development (CED). The remainder of the 2000 clinical trials policy continues without change.*

*CR 5719 states that for items and services furnished on and after July 9, 2007, the routine costs of a clinical trial include all items and services that are otherwise generally available to Medicare beneficiaries (i.e., there exists a benefit category, it is not statutorily excluded, and there is not a national non-coverage decision) that are provided in either the experimental or the control arms of a clinical trial. The investigational item or service itself is excluded, unless otherwise covered outside of the clinical trial.*

#### What You Need to Know

*In addition, the National Coverage Determination (NCD) is revised to add coverage with evidence development (CED). CED is for items and services in clinical research trials for which there is some evidence of significant medical benefit, but for which there is insufficient evidence to support*

Cont. on next page

## Política Médica

determinación “razonable y necesaria”. El CED se determina mediante un proceso de NCD, y está condicionado al cumplimiento con los estándares de evidencia clínica y seguridad del paciente, aquellos artículos y servicios no cubiertos de otra manera, estarían considerados “razonables y necesarios” en el contexto de un Ensayo Clínico. La cubierta determinada bajo un CED se implementa a través de subsiguientes NCDs, CRs y artículos MLN Matters para tratar asuntos específicos de cubierta.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina esté informado sobre estos cambios. Los Contratistas de Medicare ajustarán reclamaciones procesadas previo a la fecha de implementación de este cambio, si usted trae dichas reclamaciones a su atención.

### Trasfondo

El 7 de junio de 2000, el Presidente de los Estados Unidos emitió una orden ejecutiva ordenando al Secretario de Salud y Servicios Humanos a “autorizar de manera explícita (a Medicare) a pagar por los costos rutinarios de cuidado del paciente debido a complicaciones asociadas con la participación en ensayos clínicos.” Al mantener la directriz del Presidente, CMS se comprometió a definir los costos rutinarios de ensayos clínicos y a identificar aquellos ensayos clínicos para los cuales deberá hacerse el pago de tales costos rutinarios. El 19 de septiembre de 2000, CMS implemento su Política de Ensayos clínicos mediante el proceso de NCD. El 10 de julio de 2006, CMS abrió una reconsideración de su NCD sobre Ensayos Clínicos en el Manual de NCDs, Sección 310.1. El CR5719 comunica los hallazgos que resultaron de este análisis.

### Información Adicional

Si desea detalles completos sobre el CR5719, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R74NCD.pdf>.

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

## Medical Policy

a “reasonable and necessary” determination. CED is determined through the NCD process, and conditional upon meeting standards of patient safety and clinical evidence, items and services not otherwise covered would be considered “reasonable and necessary” in the context of a clinical trial. Coverage determined under CED is implemented via subsequent NCDs, CRs, and MLN Matters articles specific to the coverage issue.

### What You Need to Do

*Make certain your billing staffs are aware of these changes. Medicare contractors will adjust claims processed prior to the implementation date of this change if you bring such claims to their attention.*

### Background

*On June 7, 2000, the President of the United States issued an executive memorandum directing the Secretary of Health and Human Services to “explicitly authorize [Medicare] payment for routine patient care costs and costs due to medical complications associated with participation in clinical trials.” In keeping with the President’s directive, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) engaged in defining the routine costs of clinical trials and identifying the clinical trials for which payment for such routine costs should be made. On September 19, 2000, CMS implemented its initial Clinical Trial Policy through the NCD process. On July 10, 2006, CMS opened a reconsideration of its NCD on clinical trials in the NCD Manual, section 310.1. CR5719 communicates the findings resulting from that analysis.*

### Additional Information

*To see the official instruction (CR5719) issued to your Medicare FI, carrier, DME/MAC, RHHI or A/B MAC, visit <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R74NCD.pdf> on the CMS website.*

*If you need more information, please call 1-877-715-1921.*

Pub. MLN5719 / Trans R74NCD / CR5719 / 09-07-07 / mlv dlf

## Política Médica

### REEMPLAZO DE DISCO LUMBAR ARTIFICIAL (LADR)

#### Proveedores Afectados

Todos los médicos, hospitales, y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de la Parte A/B Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], o a los Intermediarios Fiscales de Medicare [FIs por sus siglas en inglés] por el servicio de reemplazo de disco lumbar artificial (LADR por sus siglas en inglés) suministrado a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5727, el cual resume un análisis de cubierta nacional para la reconsideración de la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) para el LADR.

Vigente para fechas de servicio a partir del 14 de agosto de 2007, el servicio LADR **NO ESTÁ CUBIERTO** para beneficiarios de Medicare mayores de 60 años.

Asegúrese de que su personal de facturación se encuentra informado con respecto a este cambio y que usted emite las notificaciones de responsabilidad necesarias a los beneficiarios con anticipación al procedimiento, según lo establece el Capítulo 30 del *Medicare Claims Processing Manual*, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c30.pdf>. Los proveedores deberán asegurarse de emitir (según sea necesario) la Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN por sus siglas en inglés) y/o la Notificación de No-Cobertura por parte del Hospital (HINN por sus siglas en inglés) al los beneficiarios mayores de 60 años que escojan someterse a un LADR.

#### Trasfondo

El 28 de noviembre de 2006, CMS dio inicio a un análisis de cubierta nacional para la reconsideración del NCD para el LADR. El NCD original para el procedimiento LADR estaba

## Medical Policy

### LUMBAR ARTIFICIAL DISC REPLACEMENT (LADR)

#### Provider Types Affected

*All physicians, hospitals, and providers who submit claims to Medicare contractors (Carriers, Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), or Medicare Fiscal Intermediaries (FIs)) for LADR provided to Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5727 that summarizes a national coverage analysis for the reconsideration of the national coverage determination (NCD) for LADR.*

*Effective for dates of service on or after August 14, 2007, LADR **is NOT COVERED** for Medicare beneficiaries over 60 years of age.*

*Make certain your billing staffs are aware of this change and that you issue the appropriate liability notices to beneficiaries in advance of the procedure consistent with Chapter 30 of the Medicare Claims Processing Manual at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c30.pdf> on the CMS website. Providers should make certain to issue the Advanced Beneficiary Notice (ABN) and/or (as appropriate) the Hospital Issued Notice of Noncoverage (HINN) to the beneficiary over the age of 60 years who chooses to have LADR.*

#### Background

*On November 28, 2006, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) initiated a national coverage analysis for the reconsideration of the NCD on LADR. The*

Cont. on next page



## Política Médica

enfocado en un implante específico de disco lumbar artificial (Charite TM) porque era el único que tenía la aprobación de la FDA en ese momento. En el memorando original de decisión para el LADR, CMS estableció que cuando la FDA otorgara aprobación a otro disco lumbar artificial, entonces CMS reconsideraría la política.

Posteriormente, otro disco lumbar artificial, marca ProDisc®-L, recibió aprobación del FDA, lo cual dio inicio a la reconsideración del NCD del procedimiento LADR. Después de evaluar la evidencia, CMS está convencido de que las indicaciones para el procedimiento LADR excluyen las poblaciones mayores de 60 años; por lo tanto, el NCD revisado trata el procedimiento LADR en sí, y no trata sobre el LADR con implante de un fabricante específico.

### Puntos Clave

- Para servicios realizados a partir del 14 de agosto de 2007, los contratistas de Medicare considerarán el LADR como un servicio **no cubierto** para beneficiarios de Medicare mayores de 60 años, tal como se indica en el Manual NCD de Medicare, Sección 150.10 (vea la sección **Información Adicional** de este artículo para información sobre cómo acceder la sección del manual NCD que se incluye como anejo al CR5727. Nota: Para beneficiarios de Medicare de 60 años y más jóvenes, no existe una determinación de cubierta nacional, dejando que sean los Contratistas de Medicare quienes realicen dichas determinaciones.
- Los contratistas de Medicare denegarán reclamaciones sometidas con los Códigos 22857 y 0163T, Categoría III, para los beneficiarios de Medicare mayores de 60 años de edad (para ser más preciso, a partir del cumpleaños número 61 del beneficiario).
- Los contratistas de Medicare denegarán reclamaciones sometidas con el código de procedimiento ICD-9-CM 84.65, para beneficiarios de Medicare mayores de 60 años de edad.
- Cuando las reclamaciones se deniegan:

## Medical Policy

*original NCD for LADR was focused on a specific lumbar artificial disc implant (ChariteTM) because it was the only one with FDA approval at that time. In the original decision memorandum for LADR, CMS stated that when another lumbar artificial disc received FDA approval CMS would reconsider the policy.*

*Subsequently, another lumbar artificial disc, ProDisc®-L, received FDA approval, which initiated the reconsideration of the NCD on LADR. After reviewing the evidence, CMS is convinced that indications for the procedure of LADR exclude the over age 60 populations; therefore, the revised NCD addresses the procedure of LADR rather than LADR with a specific manufacture's implant.*

### Key Points

- *For services performed on or after August 14, 2007, Medicare contractors will consider LADR a **non-covered** service for Medicare beneficiaries over 60 years of age as indicated in the Medicare NCD Manual, section 150.10 (see the **Additional Information** section of this article for information on accessing the NCD manual section attached to CR5727). Note: For Medicare beneficiaries 60 years of age and younger, there is no national coverage determination, leaving such determinations to continue to be made by local Medicare contractors.*
- *Medicare contractors will deny claims submitted with Category III Codes 22857 and 0163T for Medicare beneficiaries over 60 years of age, (i.e. on or after a beneficiary's 61st birthday).*
- *Medicare contractors will deny claims submitted with ICD-9-CM procedure code 84.65 for Medicare beneficiaries over 60 years of age.*
- *Where claims are denied:*

Cont. on next page



## Política Médica

- Notificaciones de MSN asociadas enviadas a los beneficiarios tendrán un mensaje (21.24) indicando que “Este servicio no está cubierto para pacientes mayores de 60 años de edad.”
- El Aviso de Remesa relacionado reflejará el código CARC 96 (“Cargo(s) No Cubierto(s)”) y el código RARC N386 (“Esta decisión está basada en una Determinación de Cubierta Nacional (NCD)”. Un NCD provee una determinación de cubierta con respecto a si un artículo o servicio en particular está cubierto. Una copia de esta política se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>. Si usted no tiene acceso al Internet, puede comunicarse con su contratista a fin de solicitar una copia del NCD.”

### Información Adicional

Para detalles completos sobre el CR5727, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o A/B MAC. El CR5727 contiene dos transmisiones, una para el NCD (disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R75NCD.pdf>) y otra para las instrucciones revisadas en el *Medicare Claims Processing Manual* (disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1340CP.pdf>.)

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

## Medical Policy

- *Associated Medicare Summary Notices to beneficiaries will contain a message (21.24) indicating “This service is not covered for patients over age 60.”*
- *The associated remittance advice will reflect Claim Adjustment Reason Code 96 “Non-covered charge(s)” and remittance advice remark code N386 (“This decision was based on a National Coverage Determination (NCD). An NCD provides a coverage determination as to whether a particular item or service is covered. A copy of this policy is available at <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>. If you do not have web access, you may contact the contractor to request a copy of the NCD.”*

### Additional Information

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5727) issued to your Medicare FI, carrier, or A/B MAC. CR5727 contains two transmittals, one for the NCD and one for the revised Medicare Claims Processing Manual instructions. These two transmittals may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R75NCD.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1340CP.pdf>, respectively, on the CMS website.*

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

MM5727/Trans R1340CP& R75NCD / CR5727 /09-21-07/ mlv-rrc

## Política Médica

### PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO DE ULTRASONIDO

#### Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), y Contratistas Administrativos de Medicare (MACs por sus siglas en inglés) por concepto de procedimientos de diagnóstico de ultrasonido.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR 5608, de se donde extrae este artículo, anuncia que vigente el 22 de mayo de 2007, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) permitirán el pago del monitoreo de rendimiento cardíaco (*Doppler Esofágico*) para pacientes ventilados en la unidad de cuidado intensivo (ICU por sus siglas en inglés), y para pacientes operatorios con necesidad de optimización de fluido intraoperatorio.

Asegúrese que su personal de facturación se encuentra informado respecto a este cambio en el **National Coverage Determinations (NCD) Manual**, Capítulo 1 (*Determinaciones de Cubierta*), Sección 220.5 (Procedimientos de Diagnóstico de Ultrasonido) para permitir cubierta de este procedimiento.

#### Trasfondo

El CR5608, de donde se saca este artículo, anuncia:

- Vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 22 de mayo de 2007, CMS ha determinado que el monitoreo esofageal *Doppler* de rendimiento cardíaco para pacientes ventilados en el ICU y para pacientes operatorios con necesidad de optimización de fluido intraoperatorio es razonable y necesario; y
- Por lo tanto, se remueve la determinación nacional previa de no cubierta del monitoreo de rendimiento cardíaco *Doppler*.

Específicamente, en el CR 5608, CMS enmienda el *Medicare NCD Manual*, Capítulo 1 (*Determinaciones de Cubierta*), Sección 220.5 (*Procedimientos de Diagnóstico de Ultrasonido*),

## Medical Policy

### ULTRASOUND DIAGNOSTIC PROCEDURES

#### Provider Types Affected

*Physicians and other providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), and Medicare Administrative Contractors (MACs) for ultrasound diagnostic procedures*

#### What Providers Need to Know

*CR 5608, from which this article is taken, announces that effective on and after May 22, 2007, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will allow payment for the monitoring of cardiac output (Esophageal Doppler) for ventilated patients in the intensive care unit (ICU) and for operative patients with a need for intra-operative fluid optimization.*

*Make sure that your billing staffs are aware of this change in the **National Coverage Determinations (NCD) Manual**, Chapter 1 (Coverage Determinations), Section 220.5 (Ultrasound Diagnostic Procedures) to allow coverage for this procedure.*

#### Background

*CR 5608, from which this article is taken, announces:*

- *Effective for claims with dates of service on and after May 22, 2007, CMS has determined that esophageal Doppler monitoring of cardiac output for ventilated patients in the ICU and for operative patients with a need for intra-operative fluid optimization is reasonable and necessary; and*
- *The previous national non-coverage of cardiac output Doppler monitoring is therefore removed.*

*Specifically, in CR 5608, CMS amends the Medicare NCD Manual, Chapter 1 (Coverage Determinations), Section 220.5 (Ultrasound Diagnostic Procedures), by adding:*

Cont. on next page

## Política Médica

añadiendo “*Monitoreo de rendimiento cardiaco (Doppler esofageal) para pacientes ventilados en el ICU y pacientes operatorios con necesidad de optimización de fluido intraoperatorio*” a la Categoría I (procedimientos cubiertos), y eliminando el “*Monitoreo de rendimiento cardiaco (Doppler)*” de la Categoría II (procedimientos no cubiertos).

### Notas:

No hay un código CPT específico para este servicio. El código CPT 76999 es para procedimientos de ultrasonido no registrados.

Cuando se realiza en un ambiente de hospital para pacientes ventilados en el ICU o para pacientes operatorios con necesidad de procedimientos de diagnóstico de ultrasonido, los servicios profesionales son pagaderos por separado solamente cuando se facturan utilizando el código CPT 76999 con el modificador -26 para mostrar el componente profesional.

Dichos servicios, cuando se facturan globalmente en un ambiente de hospital, con código 76999, se devolverán al proveedor como no procesables, con un código de razón como el 58 indicando “*Pago ajustado porque el tratamiento fue considerado por el pagador como uno suministrado en un lugar de servicio no apropiado o inválido*”.

Cuando dichos servicios se facturan en un ambiente de hospital como servicios técnicos, con el código 76999-TC, Medicare denegará los servicios con el código de razón 58 y un código de comentario M77 para mostrar “*Lugar de servicio Falta/Incompleto/Inválido*”.

Cuando se realiza en un centro de cirugía ambulatoria (ASC por sus siglas en inglés), los procedimientos de diagnóstico de ultrasonido se cubren si se realizan por otra entidad que no sea el ASC, si se factura globalmente utilizando el código 76999; o los componentes técnicos y profesionales pueden facturarse por separado utilizando los códigos 76999-TC y 76999-26, respectivamente.

El precio de los servicios profesionales de procedimientos de diagnóstico de ultrasonido que se facturan utilizando los códigos 76999, 76999-TC, y 76999-26 lo establecen los contratistas.

## Medical Policy

“*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).

### Notes:

*There is no specific CPT code for this service. CPT code 76999 is for unlisted ultrasound procedures.*

*When performed in a hospital setting for ventilated patients in the ICU or for operative patients with a need for ultrasound diagnostic procedures, the professional services only are separately payable when billed using CPT code 76999 with the modifier -26 to show professional component.*

*Such services, when globally billed in a hospital setting with code 76999, will be returned as unprocessable to the provider with a reason code such as 58 denoting “Payment adjusted because treatment was deemed by the payer to have been rendered in an inappropriate or invalid place of service.”*

*When such services are billed in a hospital setting as technical services with the code 76999-TC, Medicare will deny the services with the 58 reason code and an M77 remark code to show “Missing/Incomplete/Invalid place of service.”*

*When performed in an ambulatory surgery center (ASC), ultrasound diagnostic procedures are covered when performed by an entity other than the ASC if globally billed using code 76999, or the technical and professional components may be separately billed using codes 76999-TC and 76999-26, respectively.*

*Ultrasound diagnostic procedures professional services billed using codes 76999, 76999-TC, and 76999-26 are carrier-priced.*

Cont. on next page



## Política Médica

Los contratistas de Medicare no buscarán en sus archivos para identificar y ajustar reclamaciones procesadas antes de la implementación de este cambio, cuando se trate de servicios suministrados a partir del 22 de mayo de 2007. Sin embargo, ajustarán aquellas reclamaciones que se lleven a su atención.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre la cubierta del monitoreo esofageal Doppler de rendimiento cardiaco en el CR5608, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R76NCD.pdf>. También encontrará el Medicare NCD Manual enmendado, Capítulo 1 (Determinaciones de Cubierta), Sección 220.05 (Procedimientos de Diagnóstico de Ultrasonido), como un anejo al CR5608.

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

## Medical Policy

*Medicare contractors will not search their files to identify and adjust claims processed prior to the implementation of this change, which are for services rendered on or after May 22, 2007. However, they will adjust such claims when you bring the claims to their attention.*

### Additional Information

*You can find more information about the coverage of esophageal Doppler monitoring of cardiac output by going to CR 5608, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R76NCD.pdf> on the CMS website. You will find the amended Medicare NCD Manual, Chapter 1 (Coverage Determinations), Section 220.05 (Ultrasound Diagnostic Procedures), as an attachment to that CR.*

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

Pub. MLN5608 / Trans R76NCD / CR5680 / 09-12-07/ mlv rrc

## REPORTE DE LOS NIVELES DEL HEMATOCRITO O HEMOGLOBINA EN TODA RECLAMACIÓN ...

Vigente para servicios en o después del 1 de enero de 2008, usted debe reportar los niveles más recientes de hemoglobina o hematocrito en cualquier reclamación para un paciente de Medicare que reciba: (1) administraciones de ESA, o (2) medicamentos anti-anemia de la Parte B, aparte de ESA utilizados en el tratamiento de cáncer que no son auto administrables. Además, a partir del 1 de enero de 2008, las reclamaciones que no estén relacionadas con pacientes de enfermedad renal terminal (Non-ESRD) y se les administre ESA deben tener uno de los tres modificadores nuevos del Sistema de Codificación de Procedimiento Común, (HCPCS, por sus siglas en inglés).

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5699.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## REPORTING OF HEMATOCRIT OR HEMOGLOBIN LEVELS ON ALL CLAIMS...

*Effective for services on or after January 1, 2008, you must report the most recent hemoglobin or hematocrit levels on any claim for a Medicare patient receiving: (1) ESA administrations, or (2) Part B anti-anemia drugs other than ESAs used in the treatment of cancer that are not self-administered. In addition, non-ESRD claims for the administration of ESAs must also contain one of three new Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) modifiers effective January 1, 2008. Failure to report this information will result in your claim being returned as unprocessed.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5699.pdf> on the CMS website.*

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

CR5699/R1412CP/MM5699 ab



## Política Médica

### SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PULMONAR

CMS ha determinado que no es apropiado en estos momentos una determinación de cubierta nacional y que las decisiones según y1862 (a) (1) (A) deben continuar haciéndose por los contratistas locales a través del proceso de determinación de cubierta local o por adjudicación de caso a caso.

Esta adición a la sección 240.8 de la Pub.100-03 es una determinación de cubierta nacional (NCD), según sus siglas en inglés). Las NCD están atadas a todos los contratistas, intermediarios fiscales, organizaciones encargadas de mejorar la calidad, contratistas independientes cualificados, el Consejo de Apelaciones de Medicare y los jueces administrativos de ley (ALJs) por sus siglas en inglés (vea 42 CFR sección 405.1060 (a) (4) (20).

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5834.pdf>.

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

## Medical Policy

### PULMONARY REHABILITATION SERVICES

*CMS has determined that no national coverage determination is appropriate at this time, and that decisions pursuant to 1862(a)(1)(A) should continue to be made by local contractors through the local coverage determination process or by case-by-case adjudication.*

*This addition of section 240.8 of Pub. 100-03 is a national coverage determination (NCD). NCDs are binding on all carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, qualified independent contractors, the Medicare Appeals Council, and administrative law judges (ALJs) (see 42 CFR section 405.1060(a)(4) (20).*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5834.pdf> on the CMS website.*

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

CR5834/Trans.R78NCD/MM5834/MAR

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS ÉDITOS CCI, VERSIÓN 14.0, VIGENTE EL 1 DE ENERO DE 2008

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 5824 que provee un recordatorio a los médicos de que tomen nota de la actualización trimestral a los éditos de la Iniciativa de codificación correcta (CCI). El último paquete de éditos de CCI, Versión 14.0, vigente a partir del 1 de enero de 2008 y los éditos de los códigos que se excluyen mutuamente estarán disponible en el <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> del sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5824.pdf>.

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

## Billing Policies

### QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 14.0, EFFECTIVE JANUARY 1, 2008

*This article is based on Change Request (CR) 5824, which provides a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to Correct Coding Initiative (CCI) edits. The latest package of CCI edits, Version 14.0, effective January 1, 2008, and the current Mutually Exclusive Code (MEC) edits will be available at <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5824.pdf> on the CMS website.*

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

CR5824/Trans.R1386CP/MM5824/Mar

## NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

### Proveedores Afectados

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

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5715, el cual informa a los Contratistas y A/B MACs de las nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) bajo el *Clinical Laboratory Amendments* (CLIA) de 1988.

### Trasfondo

Las reglamentaciones del *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA) de 1988 requieren que una instalación esté debidamente certificada para cada prueba que realiza. Las

## NEW WAIVED TESTS

### Provider Types Affected

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

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5715 which informs carriers and A/B MACs of new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).*

### Background

*The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) regulations require a facility to be appropriately certified for each*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

reclamaciones de laboratorio actualmente se editan a nivel de certificado CLIA con el fin de asegurar que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) solamente paguen por pruebas de laboratorio categorizadas con dispensa de complejidad bajo el CLIA (para instalaciones con dispensa del certificado CLIA).

Las nuevas pruebas con dispensa son aprobadas por la FDA según van surgiendo, y las pruebas son válidas tan pronto son aprobadas. Las nuevas pruebas con dispensa anunciadas en el CR5715 se encuentran en la siguiente tabla:

## Billing Policies

*test they perform. Laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level in order to ensure that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) only pays for laboratory tests categorized as waived complexity under CLIA (for facilities with a CLIA certificate of waiver).*

*New waived tests are approved by the FDA on a flow basis, and the tests are valid as soon as they are approved. The new waived tests announced by CR5715 are in the following table:*

CPT Codes	Effective Date	Description
83001QW	October 21, 2003	Genosis Fertell Female Fertility Test
84443QW	April 2, 2007	Jant Pharmacal Accutest TSH {Whole Blood}
86308QW	April 12, 2007	Signify Mono Whole Blood
86308QW	April 12, 2007	Clearview MONO Whole Blood
82465QW, 83718QW, 84460QW, 80061QW, 84478QW	May 16, 2007	Cholestech LDX (Lipid Profile – ALT (GPT)){Whole Blood}
86318QW	May 16, 2007	Immunostics Detector H. Pylori WB (H. pyloi Antibody Test) {Whole Blood}
86308QW	May 17, 2007	Immuno Detector Mono {Whole Blood}
80101QW	May 24, 2007	Innovacon Multi-Clin Drug Screen Test Device
80101QW	May 24, 2007	Jant Pharmacal Accutest MultiDrug ER11 Drug Screen Test Device
87880QW	May 24, 2007	Cardinal Health SP Brand Rapid Test Strep A Dipstick(K010582/A028)
86318QW	May 24, 2007	Cardinal Health SP Brand Rapid Test H. pylori {Whole Blood}(K024350/A15)
82042QW, 82310QW, 82565QW, 82947QW, 82950QW, 82951QW, 82952QW, 84520QW	May 31, 2007	Arkay SPOTCHEM EZ Chemistry Analyer (Spotchem II Basicpanel 1) { Whole Blood}
86308QW	May 31, 2007	Cardinal Health SP Brand Rapid Test Mono {Whole Blood}
82247QW, 84075QW, 84157QW, 84450QW, 84460QW	May 31, 2007	Arkay SPOTCHEM EZ Chemistry Analyer (Spotchem II Basicpanel 2) { Whole Blood}
86318QW	June 11, 2007	Fisher Healthcare Sure-Vue H. pylori Test {Whole Blood}
89321QW	June 18, 2007	Fertell Male Fertility Test

Cont. on next page

## Políticas de Pago

**Nota:** Los códigos CPT para estas nuevas pruebas con dispensa deben tener el modificador QW para que se reconozcan como una pruebas con dispensa. También, el nuevo código CPT/HCPCS para prueba con dispensa, 82310QW, se le asignó a la prueba de calcio total realizada utilizando Arkay SPOTCHEM EZ Chemistry Analyer (Spotchem II Basicpanel 1) {Whole Blood}. El nuevo código CPT/HCPCS para dispensa 82565QW ha sido asignado a la prueba de creatinina realizada utilizando Arkay SPOTCHEM EZ Chemistry Analyer (Spotchem II Basicpanel 1) {Whole Blood}. El nuevo código CPT/HCPCS con dispensa, 89321QW, se le asignó a la prueba de motilidad de semen haciendo uso del Fertell Male Fertility Test.

Su Contratista de la Parte B o MAC de Medicare no ajustará automáticamente las reclamaciones procesadas antes de la implementación de estos cambios. Sin embargo, harán ajustes en aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

### Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial (CR5715), enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC, respecto a este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1346CP.pdf>. El anejo al CR5715 incluye la lista de pruebas que recibieron estatus de dispensa bajo el CLIA, y las pruebas mencionadas en la primera página del anejo (ejemplo: Códigos CPT 81002, 81025, 82270, 82272, G0394, 82962, 83026, 84830, 85013, y 85651) no requieren el uso del modificador QW para ser reconocidos como pruebas con dispensa.

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

## Billing Policies

**Note:** *The Current Procedural Terminology (CPT) codes for these new waived tests must have the modifier QW to be recognized as a waived test. Also, the new waived CPT/HCPCS code, 82310QW, has been assigned for the total calcium test performed using the Arkay SPOTCHEM EZ Chemistry Analyer (Spotchem II Basicpanel 1) {Whole Blood}. The new waived CPT/HCPCS code, 82565QW, has been assigned for the creatinine test performed using the Arkay SPOTCHEM EZ Chemistry Analyer (Spotchem II Basicpanel 1) {Whole Blood}. The new waived CPT/HCPCS code, 89321QW, has been assigned for the semen motility test performed using the Fertell Male Fertility Test.*

*Your Medicare carrier or MAC will not automatically adjust claims processed prior to the implementation of these changes. However, they will adjust such claims that you bring to their attention.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction, CR5715, issued to your carrier or A/B MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1346CP.pdf> on the CMS website. The attachment to CR 5715 includes the list of tests granted waived status under CLIA, and the tests mentioned on the first page of the attachment (i.e., CPT codes: 81002, 81025, 82270, 82272, G0394, 82962, 83026, 84830, 85013, and 85651) do not require a QW modifier to be recognized as a waived test.*

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

Pub. MLN5715 / Trans R1346CP / CR5715 09-28-2007 mlv rrc



## Políticas de Pago

### UTILIZACIÓN DEL CÓDIGO DE ZONA POSTAL DE 9 DÍGITOS PARA DETERMINAR LA LOCALIDAD DE PAGO CORRECTA

Este artículo se actualizó con el propósito de corregir la fecha del IOM sección 80.3.3.1.2, letra "L". La fecha de efectividad en los dos párrafos en la letra "L" debe ser el 1 de octubre de 2007, en lugar del 1 de abril de 2007. A continuación detalles importante del artículo:

Los contratistas de Medicare requerirán que se sometan los nueve dígitos del código postal para servicios pagados bajo el manual de tarifas fijas para médicos (MPFS, según sus siglas en inglés) y para los servicios de anestesia cuando se ofrecen en una zona postal que cae en más de una jurisdicción de pago. La lista de zonas postales que caen en más de una jurisdicción de pago se encuentra en el artículo, Puerto Rico e Islas Vírgenes Americanos no tienen áreas que se impactan con esta regla de pago.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5208.pdf>.

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

## Billing Policies

### USE OF 9-DIGIT ZIP CODES FOR DETERMINING THE CORRECT PAYMENT LOCALITY

*This article was revised to correct the date stated in IOM section 80.3.2.1.2, subsection L. The effective date of both paragraphs under subsection L should read October 1, 2007, instead of April 1, 2007. Following is the important detail of this article:*

*Medicare contractors will require the submission of 9-digit ZIP codes for services paid under the MPFS and anesthesia services when provided in a ZIP code area that falls into more than one payment locality. The list of zip codes that fall within more than a payment locality is found in the article, Puerto Rico and the USVI do not have areas that are impacted by this payment policy.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5208.pdf> on the CMS website.*

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

MM5730-5208/trans.1167/MM5730/mar

### ACTUALIZACIÓN ANUAL A LOS CÓDIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA PONER EN VIGOR LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

#### Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B, Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus

### ANNUAL UPDATE OF HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODES SYSTEM (HCPCS) CODES USED FOR HOME HEALTH CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT

#### Provider Types Affected

*Physicians, suppliers, and providers who bill Medicare contractors (Fiscal Intermediaries (FIs), carriers, regional home health intermediaries (RHHIs), and DME*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

siglas en inglés], y Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés], y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], por concepto de suministros médicos y servicios de terapia.

### Lo que los Proveedores Deben Saber

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) actualizan periódicamente las listas de Códigos HCPCS sujetos a la estipulación de facturación consolidada del Sistema de Pago Prospectivo de Servicios de Salud en el Hogar (HH PPS por sus siglas en inglés). Este artículo provee la actualización anual de facturación consolidada de Servicios de Salud en el Hogar, la cual entra en vigor el 1 de enero de 2008. Los proveedores afectados pueden observar los cambios en la tabla que se incluye en este artículo, o consultar la instrucción enviada a los Contratistas de Medicare, según se menciona en la sección *Información Adicional* de este artículo.

### Trasfondo

La Sección 1842(b)(6) del Acta de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés), requiere que el pago por servicios de salud en el hogar prestados bajo un plan de cuidado de salud en el hogar lo realice la agencia de servicios de salud en el hogar (HHA por sus siglas en inglés). Como resultado, la facturación por tales artículos y servicios debe realizarse por un solo HHA que supervisa ese plan. Este HHA se conoce como "agencia primaria" para efectos de facturación del HH PPS. Los servicios que aparecen en la lista que se someten en reclamaciones a los Contratistas de Medicare no se pagarán por separado en fechas cuando un beneficiario para quien tal servicio se está facturando ocurrió durante un episodio de salud en el hogar (ejemplo, bajo un plan de cuidado de salud en el hogar administrado por un HHA).

Las excepciones incluyen lo siguiente:

- Terapias realizadas por médicos
- Suministros provistos incidentalmente a los servicios médicos; y
- Suministros utilizados en ambientes institucionales

## Billing Policies

*Medicare Administrative Contractors (DME MACs) and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for medical supply or therapy services.*

### What Providers Need to Know

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Codes System (HCPCS) codes subject to the consolidated billing provision of the Home Health Prospective Payment System (HH PPS). This article provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2008. Affected providers may note the changes in the table listed within this article or consult the instruction issued to the Medicare contractors as listed in the Additional information section of this article.*

### Background

*Section 1842(b)(6) of the Social Security Act (SSA) requires that payment for home health services provided under a home health plan of care be made to the home health agency (HHA.) As a result, billing for all such items and services is to be done by a single HHA overseeing that plan. This HHA is known as the primary agency for HH PPS for billing purposes. Services appearing on this list that are submitted on claims to Medicare contractors will not be paid separately on dates when a beneficiary for whom such a service is being billed is in a home health episode (i.e., under a home health plan of care administered by an HHA).*

*Exceptions include the following:*

- *Therapies performed by physicians;*
- *Supplies incidental to physician services; and*
- *Supplies used in institutional settings.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Medicare ha emitido una Notificación de Actualización Recurrente, la cual provee las actualizaciones anuales de facturación consolidada HH para suministros y terapia no rutinarios, vigente el 1 de enero de 2008. Estas listas se actualizan anualmente, el 1 de enero de cada año, para reflejar los cambios anuales a los grupos de códigos HCPCS. Estas listas también pueden actualizarse tan frecuentemente como cada trimestre, si así lo requiere la creación de códigos HCPCS temporeros durante el año.

El CR5829 provee la actualización anual de facturación anualizada HH vigente el 1 de enero de 2008. Las siguientes tablas describen los códigos HCPCS y los cambios específicos que esta notificación implementa para cada uno, en reclamaciones con fecha de servicio del 1 de enero de 2008 y posteriores.

## Billing Policies

Medicare has issued a Recurring Update Notification, which provides the annual HH consolidated billing updates for non-routine supplies and therapies effective January 1, 2008. These lists are updated annually, effective each January 1, to reflect the annual changes to the HCPCS code set. The lists may also be updated as frequently as quarterly if required by the creation of temporary HCPCS codes during the year.

CR5829 provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2008. The following tables describe the HCPCS codes and the specific changes to each that this notification is implementing for claims with dates of service on or after January 1, 2008.

**Table 1: Non Routine Supplies**

Code	Description	Action
A5083	CONTINENT DEVICE, STOMA ABSORPTIVE COVER FOR CONTINENT STOMA	Add
A5105	URINARY SUSPENSORY WITH LEG BAG WITH OR WITHOUT TUBE, EACH	Redefine
A6200	COMPOSITE DRESSING, PAD SIZE 16 SQ. IN. OR LESS, WITHOUT ADHESIVE BORDER, EACH DRESSING	Delete
A6201	COMPOSITE DRESSING, PAD SIZE MORE THAN 16 SQ. IN. BUT LESS THAN OR EQUAL TO 48 SQ. IN., WITHOUT ADHESIVE BORDER, EACH DRESSING	Delete
A6202	COMPOSITE DRESSING, PAD SIZE MORE THAN 48 SQ. IN., WITHOUT ADHESIVE BORDER, EACH DRESSING	Delete
A6413	ADHESIVE BANDAGE, FIRST-AID TYPE, ANY SIZE, EACH	Add

**Table 2: Therapies**

Code	Description	Action	Replacement Code or Code being Replaced
96125	STANDARDIZED COGNITIVE PERFORMANCE TESTING PER HOUR	Add	96125

### Información Adicional

Para detalles sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial enviada a su FI de Medicare, Contratista de la Parte B, A/B MAC, RHHI, o DME MAC. El mismo se encuentra disponible para revisión en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1391CP.pdf>.

### Additional Information

For details regarding this CR, please see the official instruction issued to your Medicare FI, carrier, A/B MAC, RHHI, or DME MAC. This may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1391CP.pdf> on the CMS website.

Cont. on next page

## Políticas de Pago

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

Una lista histórica completa de los códigos sujetos a la facturación consolidada de Servicios de Salud en el Hogar se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03\\_coding&billing.asp](http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03_coding&billing.asp).

Si desea revisar el Manual de Instrucciones de Medicare que se discute en este artículo, refiérase al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 10, Sección 20.1, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c10.pdf>.

## Billing Policies

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

*A complete historical listing of codes subject to HH consolidated billing can be found at [http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03\\_coding&billing.asp](http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/03_coding&billing.asp) on the CMS website.*

*To review the Medicare manual instructions discussed in this article see the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 10, Section 20.1 at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c10.pdf> on the CMS website.*

Pub. MLN5829 / Trans R1391CP / CR5829 / 12-14-07/ mlv rrc

### ACTUALIZACIÓN AL GRUPO DE CÓDIGOS DE LUGAR DE SERVICIO: NUEVO CÓDIGO TEMPORERO PARA ALOJAMIENTO

Esta Petición de Cambio, actualizará los códigos actuales de lugar de servicio para añadir un código, "16", para alojamiento temporero e implementará los sistemas y los cambios de nivel del contratista local necesarios para que Medicare adjudique las reclamaciones con el código nuevo. Los contratistas locales deberán desarrollar políticas según sea necesario para adjudicar las reclamaciones que contienen este código nuevo.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente **enlace en el sitio Web de CMS:** <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5777.pdf>.

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

### UPDATE TO PLACE OF SERVICE (POS) CODE SET: NEW CODE FOR TEMPORARY LODGING

*This CR will update the current POS code set to add a new code, "16," for temporary lodging and will implement the systems and local-contractor-level changes needed for Medicare to adjudicate claims with the new code. Local contractors shall develop policies as needed to adjudicate claims containing this new code.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5777.pdf> on the CMS website.*

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

CR5777/trans. R1366CP/MM5777/MAR



## Políticas de Pago

### MAMOGRAFÍA: CAMBIO EN LA ACCIÓN DE “DEVOLVER AL PROVEEDOR” O “DEVOLVER COMO NO PROCESABLE” A DENEGACIÓN BASADA EN LA CERTIFICACIÓN

#### Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas de la Parte B, y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare por concepto de servicios de mamografía.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5577, del cual se extrae este artículo, instruye a los FIs, Contratistas de la Parte B y A/B MACs a que denieguen reclamaciones de servicios de mamografía (en lugar de devolverlas como “no procesables”), si el estatus apropiado de certificación de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas de inglés) no se encuentra en el archivo de datos del *Mammography Quality Standard Act* (MQSA) creado por la FDA y suministrado por CMS.

Usted debe asegurarse de que el personal de facturación de su oficina indica el estatus de certificación de la FDA, según se requiere.

#### Trasfondo

Dependiendo del contratista a quien se facturan, las reclamaciones de servicios de mamografía facturadas a los FIs y los A/B MACs se devolverán al proveedor (RTP), y las facturadas a los Contratistas de la Parte B o los A/B MACs, se devolverán como “no procesables” cuando:

- Se somete en una reclamación, un código HCPCS de imagen de mamografía, y la instalación está certificada por la FDA solamente para brindar el servicio de mamografía digital;
- Se somete en una reclamación, un código HCPCS de mamografía digital y la instalación está certificada por la FDA solamente para brindar el servicio de mamografía de imagen;

## Billing Policies

### MAMMOGRAPHY: CHANGE CERTIFICATION-BASED ACTION FROM RETURN TO PROVIDER (RTP)/RETURN AS UNPROCESSABLE TO DENIAL

#### Provider Types Affected

*Providers who bill Medicare fiscal intermediaries, carriers, and Part A/B Medicare Administrative Contractors (MACs) for mammography services.*

#### What You Need to Know

*CR 5577, from which this article is taken, instructs FIs, carriers and A/B MACs to deny claims for mammography services (rather than returning them as unprocessable) if the appropriate Food and Drug Administration (FDA) certification status is not listed on the FDA-created, CMS-supplied, Mammography Quality Standard Act (MQSA) data file.*

*You should make sure that your billing staffs list the FDA certification status as required.*

#### Background

*Depending on which contractor you bill, FIs and A/B MACs return to provider (RTP), and carriers or A/B MACs return as unprocessable, claims for mammography services when:*

- *A film mammography Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code is submitted on a claim and the facility is Food and Drug Administration (FDA)-certified for only digital mammography;*
- *A digital mammography HCPCS code is submitted on a claim, and the facility is FDA certified for only film mammography; or*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Se somete un código HCPCS de mamografía digital o de imagen (sólo para Contratistas de la Parte B/MACs B) en una reclamación, y no hay número de certificación de la FDA en el archivo de datos MQSA de esa reclamación.

Con el fin de asegurar que la instalación tenga derechos de apelación en caso de una denegación inapropiada basada en el estatus de la certificación de la FDA, el CR5577, del cual se extrae este artículo, instruye a los FIs, Contratistas de la Parte B y a los A/B MACs de Medicare a que denieguen todas las reclamaciones por servicios de mamografía de cernimiento o diagnóstico (en lugar de devolverlas al proveedor (RTP), o devolverlas al suplidor como “no procesables”), si el estatus apropiado de certificación de la FDA no se indica en la reclamación. Note por favor, sin embargo, que los Contratistas de la Parte B/MACs continuarán devolviendo las reclamaciones como “no procesables” si el número de certificación asignado por la FDA a la instalación no se indica en la reclamación.

El MQSA requiere que todas las instalaciones que brindan servicios de mamografía cumplan con los estándares nacionales de calidad, y provee los estándares específicos para las instalaciones calificadas para realizar mamografías de cernimiento y de diagnóstico, y cómo deben ser certificadas.

El *Center for Devices and Radiological Health* de la FDA es responsable de cobrar tarifas por certificación y de llevar a cabo censos de instalaciones de mamografía; y a partir del 1 de octubre de 1994, todas las instalaciones que brindan servicios de mamografía y cernimiento (excepto aquellos en la Administración de Veteranos) deben tener un certificado emitido por la FDA para continuar operando.

Además, la Sección 104 del *Benefits Improvement and Protection Act (BIPA)* del 2000 provee nuevas metodologías de pago para mamografías de cernimiento y de diagnóstico que utilizan tecnología digital. Medicare pagará el servicio de mamografía digital o de imagen a tarifas diferentes, y más aún, pagará por un servicio solamente si el proveedor o suplidor está certificado por la FDA para realizar ese tipo de mamografía para la cual solicita el pago.

## Billing Policies

- *Either a film or digital mammography HCPCS code is submitted (carriers/BMACs only) on a claim and there is no FDA certification number on the claim's Mammography Quality Standard Act (MQSA) data file.*

*In order to ensure that the facility has a right to appeal an inappropriate denial based on the status of its FDA certification, CR 5577, from which this article is taken, instructs Medicare FIs, carriers and A/B MACs to deny all claims for screening or diagnostic mammography services (rather than return them to the provider, or return as unprocessable to the supplier), if the appropriate FDA certification status is not listed on the claim. Please note, however, that carriers/B MACs will continue to return the claim as unprocessable if the facility's FDA-assigned certification number is missing from the claim.*

*The MQSA requires that all facilities providing mammography services meet national quality standards, and provides the specific standards for those qualified to perform screening and diagnostic mammograms and how they should be certified.*

*The FDA Center for Devices and Radiological Health is responsible for collecting certificate fees and surveying mammography facilities; and effective October 1, 1994, all facilities that provide screening and mammography services (except those in the Veterans Administration) must have an FDA-issued certificate to continue to operate.*

*In addition, Section 104 of the Benefits Improvement and Protection Act (BIPA) of 2000 provided new payment methodologies for both diagnostic and screening mammograms that use digital technology. Medicare pays for film mammography and digital mammography at different rates, and moreover, pays for a service only if the provider or supplier is certified by the Food and Drug Administration (FDA) to perform those types of mammograms for which payment is sought.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Medicare determina si la instalación de servicios de mamografía está certificada para prestar los servicios de mamografía facturados, haciendo uso de data que la FDA envía semanalmente a CMS. Esta información indica si la instalación de servicios de mamografía está certificada para realizar mamografías digitales.

Para verificar que la instalación está certificada por la FDA para prestar servicios de mamografía, los Contratistas de la Parte B/MACs B plean el número de certificación del proveedor de mamografía (por ejemplo, instalación independiente) sometido en la reclamación con el número de certificación de 6 dígitos asignado por la FDA que aparece en el archivo para la instalación que factura (en el encasillado 32 del formulario CMS-1500 en reclamaciones de papel, o en el "loop" 2400 [segmento REF02, donde 01=segmento EW]) del formato de reclamación profesional ASC X12 837, versión 4010A1, en reclamaciones electrónicas). Si el número de 6 dígitos asignado por la FDA a la instalación no se indica en la reclamación, el Contratista de la Parte B/MAC B devolverá la reclamación como "no procesable" haciendo uso del Código de Razón de Remesa 16 (*Reclamación/servicio carece de información que es necesaria para la adjudicación.*) y el Código de Comentario MA128 (*Número de aprobación de la FDA ausente/incompleto/inválido.*).

Los Intermediarios /MACs A identifican las instalaciones haciendo uso del número de proveedor sometido en la reclamación y utilizan los datos de certificación incluida en el archivo MQSA. Además, tanto los Intermediarios /MACs A como los Contratistas de la Parte B/MACs B buscarán el indicador "1" para mamografía de imagen, o el indicador "2" para la mamografía digital, en el archivo MQSA a fin de verificar el tipo de mamografía (imagen y/o digital) para la cual esa instalación está certificada.

Por tanto, vigente el 1 de abril de 2008:

- Los FIs/MACs A verificarán que el número de proveedor en la reclamación coincide con una instalación certificada de mamografía en el archivo MQSA; de no ser así, denegarán la

## Billing Policies

*Medicare determines whether the mammography facility is certified to perform the mammography services billed by using data that the FDA sends to CMS on a weekly basis. This information indicates whether a mammography facility is certified to perform digital mammography.*

*To verify that the facility is certified by the FDA to perform mammography services, carriers/B MACs match the supplier's (i.e., independent facility) mammography certification number submitted on the claim to the 6-digit FDA-assigned certification number appearing on the file for the billing facility (in item 32 of the Form CMS-1500 for paper claims, or in the 2400 loop (REF02 segment, where 01=EW segment) of the ASC X12 837 professional claim format, version 4010A1, for electronic claims). If the facility's FDA-assigned 6-digit number is not on the claim, the carrier/B MAC will return the claim as unprocessable using remittance reason code 16 (Claim/service lacks information which is needed for adjudication.) and remark code MA128 (Missing/incomplete/invalid FDA approval number.).*

*Intermediaries/A MACs identify the facility using the provider number submitted on the claim and use the certification data contained on the MQSA file. In addition, both intermediaries/A MACs and carriers/B MACs look for the film indicator (designated by "1") or the digital indicator (designated by "2") on the MQSA file to verify the type of mammography (film and/or digital) that the facility is certified to perform.*

*Therefore, effective April 1, 2008:*

- *FIs/A MACs will verify that the provider number on the claim corresponds with a certified mammography facility on the MQSA file, and if it does not, they will*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

reclamación. Al denegar estas reclamaciones sometidas por proveedores no incluidos como instalaciones certificadas en el archivo MQSA, el Contratista de Medicare hará uso del:

- Mensaje *Medicare Summary Notice* (MSN) 16.2 (Este servicio no puede pagarse cuando se provee en esta localidad/instalación);
  - Código de Razón de Aviso de Remesa (RA) B7 (Este proveedor no estaba certificado/no era elegible para recibir pago por este procedimiento/servicio en esta fecha de servicio), y
  - Código de Comentario RA N110 (Esta instalación no está certificada para realizar mamografías de imagen).
- Los Contratistas de la Parte B/MACs B verificarán que el número de certificación de mamografía de 6 dígitos asignado por la FDA que se indica en la reclamación coincide con el número de certificación de mamografía de la FDA que aparece en el archivo de la instalación que factura. Estos denegarán la reclamación si:
    - El número de certificación de la instalación indicado en la reclamación no concuerda con el número de certificación en el archivo MQSA;
    - El número de certificación de instalación en la reclamación concuerda con el número de certificación de la instalación en el archivo MQSA, pero el nombre de la instalación que se reporta en la reclamación no concuerda con el nombre de la instalación en el archivo MQSA; o
    - El número de certificación de instalación que se reporta en la reclamación concuerda con el número de certificación de la instalación en el archivo MQSA, pero la dirección que se reporta para dicha instalación en la reclamación no concuerda con la dirección en el archivo MQSA para esa instalación.
    - Al denegar la reclamación a causa de la invalidez del número de certificación de la instalación, éstos usarán el mensaje MSN

## Billing Policies

*deny the claim. In denying these claims submitted by providers not listed as certified facilities on the MQSA file, the Medicare contractor will use:*

- *Medicare Summary Notice (MSN) message 16.2 (This service cannot be paid when provided in this location/facility);*
  - *Remittance Advice (RA) reason code B7 (This provider was not certified/eligible to be paid for this procedure/service on this date of service) and*
  - *RA remark code N110 (This facility is not certified for film mammography).*
- *Carriers/B MACs will verify that the FDA-assigned, 6 digit mammography certification number on the claim corresponds to the FDA mammography certification number appearing on the billing facility's file. They will deny the claim if:*
    - *The facility's certification number submitted on the claim does not match the certification number on the MQSA file;*
    - *The facility certification number on the claim matches the facility certification number on the MQSA file, but the facility name reported on the claim does not match the facility name on the MQSA file; or*
    - *The facility certification number reported on the claim matches the facility certification number on the MQSA file, but the facility address reported on the claim does not match the facility address on the MQSA file.*
    - *In denying the claim because of an invalid facility certification number, they will use MSN message 9.4 (This item or service was denied because*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

9.4 (*Este artículo o servicio fue denegado debido a que falta información requerida para realizar el pago*); y el Código de Razón de RA 125 (*Pago ajustado debido a error/es de facturación o presentación de la reclamación/es*) y Código de Comentario MA128 (*Número de aprobación de la FDA ausente/incompleto/inválido*).

Más aún, los Contratistas de Medicare harán uso de los datos de certificación de la FDA para verificar que la instalación de facturación es elegible para facturar por el tipo de servicios de mamografía que se someten en esa reclamación.

Estos denegarán la reclamación si la instalación no está certificada por la FDA para realizar dicho servicio (si el código HCPCS en la reclamación, para la mamografía digital o de imagen, no concuerda con el tipo de certificación que se indica en el archivo MQSA).

Al denegar estas reclamaciones porque la instalación no está certificada por la FDA para prestar servicios de mamografía, ya sean de cernimiento o de diagnóstico, los Contratistas de Medicare utilizarán:

- EIMSN 16.2 (*Este servicio no puede pagarse cuando se provee en esta localidad/instalación*);
- Código de Razón de RA B7 (*Este proveedor no estaba certificado/no era elegible para recibir pago por este procedimiento/servicio en esta fecha de servicio*), y
- Código de Comentario N110 (*Esta instalación no está certificada para brindar servicio de mamografía de imagen*).
- Estos denegarán la reclamación si esta contiene un código HCPCS de mamografía de imagen y la instalación está certificada para brindar solamente el servicio de mamografía digital. Al denegar estas reclamaciones debido a que la instalación no está certificada para realizar mamografía de imagen, éstos utilizarán el mensaje MSN 16.2. En este caso, los Contratistas de la Parte B/MACs harán uso del Código de Razón RA B6 (*este pago es ajustado cuando se realiza/factura por este tipo de proveedor*,

## Billing Policies

*information required to make payment is missing*); and RA reason code 125 (*Payment adjusted due to a submission/billing error(s)*.) and remark code MA128 (*Missing/incomplete/ invalid FDA approval number*).

*Further, Medicare contractors will use the FDA certification data to verify that the billing facility is eligible to bill for the type of mammography service submitted on the claim.*

*They will deny the claim if the facility is not certified by the FDA to perform such service (if the HCPCS code on the claim, for either film or digital mammogram, does not match the type of certification indicated on the MQSA file).*

*In denying these claims because the facility is not certified by the FDA to perform either a screening or diagnostic mammography service, Medicare contractors will use:*

- MSN 16.2 (*This service cannot be paid when provided in this location/facility*);
- RA reason code B7 (*This provider was not certified/eligible to be paid for this procedure/service on this date of service*), and
- Remark code N110 (*This facility is not certified for film mammography*).
- *They will deny the claim if it contains a film mammography HCPCS code and the facility is certified for digital mammography only. In denying these claims because the facility is not certified to perform film mammography, they will use MSN message MSN 16.2. In this instance, carriers/B MACs will use RA reason code B6 (this payment is adjusted when performed/billed by this type of*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

*por este tipo de proveedor en este tipo de instalación, o por un proveedor de esta especialidad) y el Código de Comentario N110, y los FIs/MACs A harán uso del Código de Razón B7.*

De igual manera, los Contratistas de Medicare denegarán la reclamación si ésta contiene un código HCPCS de mamografía digital y la instalación está certificada para brindar solamente el servicio de mamografía de imagen. Al denegar estas reclamaciones debido a que la instalación no está certificada para realizar mamografía digital, éstos utilizarán nuevamente el mensaje MSN 16.2. En este caso:

- Los Contratistas de la Parte B/MACs B harán uso del:
  - Código de Razón RA 171 (*Pago denegado cuando se realiza/factura por este tipo de proveedor en este tipo de instalación*), y
  - Código de Comentario N92 (Esta instalación no está certificada para realizar mamografía digital).
- Los FIs/A MACs A harán uso del Código de Razón B7.
- Los Contratistas de la Parte B/MACs B continuarán haciendo uso del archivo MQSA para verificar el número de certificación de 6 dígitos que asigna la FDA a la instalación y que se somete en la reclamación, y devolverán reclamaciones al suplidor como “no procesables” si éstas no contienen el número de certificación de la instalación.

### Información Adicional

Usted puede encontrar el CR5577, la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o A/B MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1387CP.pdf>. Además, usted puede encontrar las secciones revisadas del *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 18 (“Preventive and Screening Services”), Sección 20.2 (“HCPCS and Diagnosis Codes for Mammography Services”) como un anejo al CR5577.

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

## Billing Policies

*provider, by this type of provider in this type of facility, or by a provider of this specialty) and remark code N110 and FIs/A MACs will use reason code B7.*

*Similarly, Medicare contractors will deny the claim if it contains a digital mammography HCPCS code and the facility is certified for film mammography only. In denying these claims because the facility is not certified to perform digital mammography, they will again use MSN message 16.2. In this instance:*

- *Carriers/B MACs will use:*
  - *RA reason code 171 (Payment is denied when performed/billed by this type of provider in this type of facility) and*
  - *Remark code N92 (This facility is not certified for digital mammography).*
- *FIs/A MACs will use reason code B7.*
- *Carriers/B MACs will continue to use the MQSA file to verify the facility’s FDA-assigned 6-digit certification number submitted on the claim, and will return claims to the supplier as unprocessable if it does not contain the facility’s certification number.*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR5577, issued to your carrier, FI, or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1387CP.pdf> on the CMS website. Additionally, you can find the revised sections of the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 18 (Preventive and Screening Services), Section 20.2 (HCPCS and Diagnosis Codes for Mammography Services) as an attachment to CR5577.*

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

MLN5577 / Trans R1387CP / CR5577 / 12-07-07 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### REEMBOLSO PARA LAS VACUNAS Y LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS BAJO LA PARTE D DE MEDICARE

#### Proveedores Afectados

Médicos, farmacéuticos, profesionales del cuidado de salud, suplidores y su personal.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo de Edición Especial MLN Matters describe la política de los Centros de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) sobre el reembolso a proveedores de la Parte D para vacunas y administración de vacunas en el 2007 y 2008 bajo el Medicare Prescription Drug Benefit (Parte D). Además, el artículo reseña varios enfoques que los planes de la Parte D podrían implementar para asegurarse de que los beneficiarios tienen el acceso adecuado a las vacunas.

#### Trasfondo

Con la llegada del programa de Medicare Parte D, ahora existe un reembolso mayor disponible para los proveedores por vacunas administradas a beneficiarios de Medicare. Algunas vacunas están cubiertas bajo la Parte B de Medicare y otras bajo la Parte D. El programa Parte B cubre la mayoría de las vacunas indicadas para la población de Medicare, donde el inmunizador administra la vacuna y factura al contratista de la Parte B (Contratista Medicare o Contratista Administrativo de la Parte A/B, o A/B MAC, por sus siglas en inglés), tanto por la vacuna como por la administración de la misma. El programa Parte D generalmente cubre aquellas vacunas que no se encuentran disponibles bajo la Parte B; sin embargo, a diferencia de la Parte B, el inmunizador puede o posiblemente no pueda facturarle al Auspiciador de la Parte D por la vacuna y su administración, pero en cambio podría tener que trabajar con el beneficiario y su plan Parte D a fin de facilitar el reembolso. El primer paso es que el proveedor conozca cuáles son las vacunas que están disponibles bajo los dos distintos programas, a fin de que pueda ayudar al beneficiario a obtener las vacunas que necesita para el mantenimiento y mejoramiento de su salud.

## Billing Policies

### REIMBURSEMENT FOR VACCINES AND VACCINE ADMINISTRATION UNDER MEDICARE PART D

#### Provider Types Affected

*Physicians, pharmacists, health care professionals, suppliers, and their staff.*

#### Provider Action Needed

*This Special Edition MLN Matters article describes the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) policy regarding provider reimbursement for Part D vaccines and vaccine administration in 2007 and 2008 under the Medicare Prescription Drug Benefit (Part D). In addition, the article outlines various approaches that Part D plans may implement to ensure beneficiaries have adequate access to Part D vaccines.*

#### Background

*With the advent of the Medicare Part D program, there is now broader reimbursement available to providers for vaccines administered to Medicare beneficiaries. Some vaccines are covered under Medicare Part B and others under Part D. The Part B program covers most of the vaccines indicated for the Medicare population, with the immunizer administering the vaccine and billing the Part B contractor (Medicare carrier or Part A/B Medicare Administrative Contractor or A/B MAC) for both the vaccine and its associated administration. The Part D program generally covers those vaccines not available under Part B; however, unlike Part B, the immunizer may or may not be able to directly bill the Part D Sponsor for the vaccine and its administration, but instead may need to work with the beneficiary and his/her Part D plan to facilitate reimbursement. The first step is for the provider to understand which vaccines are available under the two different programs so he/she can assist the beneficiary in obtaining the vaccines needed to maintain and improve his/her health.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Cubierta de Vacunas Bajo el Programa Parte B

Medicare Parte B actualmente cubre las siguientes inmunizaciones:

- Vacuna para la neumonía neumococal;
- Vacuna para el virus de influenza;
- Vacuna de la Hepatitis B para individuos en alto riesgo o riesgo intermedio; y
- Otras vacunas (por ejemplo: tétano toxoide) cuando están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o exposición directa a la enfermedad o condición.

Si una vacuna está cubierta bajo la Parte B, continuará su cubierta bajo la Parte B sin importar los cambios ocurridos en 2007 y 2008 para el reembolso de la administración de vacunas de la Parte D, que se discuten más adelante en este artículo.

### Cubierta de Vacunas bajo el Programa Parte D

El programa Parte D generalmente cubrirá aquellas vacunas que no se encuentren disponibles para reembolso bajo Medicare Partes A y B cuando la administración es razonable y necesaria para la prevención de enfermedad.

El Plan Parte D identifica los medicamentos y las vacunas cubiertas mediante el uso de **formularios**. Sin embargo, una nueva vacuna preventiva puede que no esté incluida específicamente en el formulario de la Parte D del plan. Esto no significa que la vacuna no está disponible para reembolso. El proveedor puede contactar al Plan Parte D acerca de la cubierta y cualquier información de apoyo que podría ser necesaria para facilitar la cobertura de la vacuna para el beneficiario (puede encontrar información de contacto del plan Parte D al final de este artículo).

Para facilitar un acceso mayor de las vacunas Parte D, CMS ha establecido que comenzando en el 2008 todos los formularios del plan Parte D deben contener todas las vacunas comercialmente disponibles (a no ser que estén excluidas debido a que el reembolso está disponible bajo Parte B, por ejemplo: vacunas de influenza o neumococo, según se menciona antes.

## Billing Policies

### Coverage of Vaccines Under the Part B Program

*Medicare Part B currently covers the following immunizations:*

- *Pneumococcal pneumonia vaccine;*
- *Influenza virus vaccine;*
- *Hepatitis B vaccine for individuals at high or intermediate risk; and*
- *Other vaccines (e.g. tetanus toxoid) when directly related to the treatment of an injury or direct exposure to a disease or condition.*

*If a vaccine is covered under Part B, it will continue to be covered under Part B regardless of the changes to Part D vaccine administration reimbursement in 2007 and 2008 discussed later in this article.*

### Coverage of Vaccines under the Part D Program

*The Part D program will generally cover those vaccines not available for reimbursement under Medicare Parts A or B when administration is reasonable and necessary for the prevention of illness.*

*Part D plans identify covered drugs and vaccines through the use of formularies. However, a new preventative vaccine may not be specifically listed on the Part D plan's formulary. This does not mean the vaccine is not available for reimbursement. The provider can contact the Part D plan about coverage and any supporting information that might be necessary to facilitate vaccine coverage for the beneficiary (Part D plan contact information is located at the end of this article).*

*To facilitate greater access to Part D vaccines, CMS has directed that starting in 2008 all Part D plans' formularies must contain all commercially available vaccines (unless excluded due to available reimbursement under Part B, e.g., influenza or pneumococcal vaccines as discussed above).*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Ejemplo de cómo identificar las vacunas cubiertas bajo Parte B o Parte D:

La vacuna de Hepatitis B provee una ilustración útil de cómo el proveedor puede enfocar el reembolso de la vacuna bajo la Parte B o D de Medicare. La Parte B cubre la vacuna de Hepatitis B para pacientes de riesgo intermedio o alto. Un beneficiario que cumpla con los criterios de cubierta de riesgo intermedio o alto podría obtener la serie de vacunación Hepatitis B del médico, y el médico sometería una reclamación al contratista de la Parte B de Medicare. El beneficiario que no satisfizo los criterios de riesgo indicados bajo la Parte B, podría obtener la vacuna Hepatitis B de su médico; sin embargo, cualquier reembolso potencial estaría disponible de parte del plan Parte D del Beneficiario, y no de parte del contratista Parte B. La facilitación del reembolso de la vacuna Parte D se discute en detalle más adelante en este artículo.

### Cubierta de la Administración de Vacunas Bajo el Programa Parte B

El Tax Relief and Health Care Act (TRHCA), a partir del 1 de enero de 2007, proporcionó para reembolso de la administración de la vacuna asociada con vacunas Parte D. Las farmacias y los médicos pueden usar un código G (G0377) recientemente instituido, para facturar la administración de la vacuna a los contratistas locales de la Parte B de Medicare. Los requisitos normales de deducible y coaseguro para este código aplican a los beneficiarios de la Parte B, y **el reembolso para este código tendrá vigencia solamente para el año calendario 2007.**

El pago de las vacunas cubiertas bajo la Parte D es responsabilidad del plan Parte D del beneficiario. En otras palabras, en el 2007, Medicare Parte B no pagará por las vacunas cubiertas bajo la Parte D (ejemplo: la vacuna Hepatitis B de bajo riesgo), sino que pagará solamente por la administración de las mismas.

Para información adicional sobre el reembolso de la Parte B por aquellos costos asociados con la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D en 2007, refiérase a los artículos MLN Matters MM5443 y MM5459, publicados en diciembre de 2006:

## Billing Policies

### Example of identifying vaccines covered under Part B or Part D

*Hepatitis B vaccine provides a useful illustration of how a provider could approach vaccine reimbursement under Medicare Part B or D. Part B covers Hepatitis B vaccine for intermediate and high risk patients. A beneficiary meeting the intermediate or high risk coverage criteria could obtain the Hepatitis B vaccination series from their physician and the physician would submit a claim to the Medicare Part B contractor. For the beneficiary who did not satisfy the appropriate Part B risk criteria, he or she could still obtain the Hepatitis B vaccine from their physician; however, any potential reimbursement would be available from the beneficiary's Part D plan instead of the Part B contractor. Facilitation of Part D vaccine reimbursement is discussed later in this article.*

### Coverage of Vaccine Administration Under the Part B Program

*The Tax Relief and Health Care Act (TRHCA), effective January 1, 2007, provided for reimbursement of vaccine administration associated with Part D vaccines. Pharmacies and physicians can use a newly instituted G code (G0377) to bill Part D vaccine administration to local Medicare Part B contractors. Normal Part B beneficiary deductible and coinsurance requirements apply and reimbursement for this code is only effective for calendar year 2007.*

*Payment for the actual Part D covered vaccine is the responsibility of the beneficiary's Part D plan. In other words, in 2007 Medicare Part B will not pay for the Part D vaccine (i.e. low risk Hepatitis B vaccine), just the Part D vaccine administration.*

*For additional information on Part B reimbursement of Part D vaccine administration in 2007 see the MLN Matters articles MM5443 and MM5459, published in December, 2006:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- **Artículo MM5443**, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5443.pdf>.
- **Artículo MM5459**, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5459.pdf>.

### Cubierta de la Administración de Vacunas Bajo el Programa Parte D

El TRHCA modificó la definición de un medicamento cubierto bajo la Parte D para incluir “para vacunas (Parte D) administradas a partir del 1 de enero de 2008, su administración”. Consecuentemente, a partir del 1 de enero de 2008, el programa Parte D cubrirá los costos asociados a la administración de las vacunas Parte D. Por lo tanto, la cubierta disponible en el 2007 bajo la Parte B termina, y el reembolso estará disponible solamente bajo la Parte D. CMS interpreta este nuevo requisito “statutory” para indicar que los costos de administración de la vacuna Parte D son un componente del precio negociado para vacunas cubiertas bajo la Parte D. En otras palabras, el precio negociado para vacunas Parte D estará compuesto del costo del ingrediente de la vacuna, una tarifa por despachar la misma (si aplica), impuestos de venta (si aplica), y una tarifa por la administración de la vacuna. Esta interpretación reconoce la unión intrínseca que existe entre la vacuna y su correspondiente administración, ya que un beneficiario nunca compraría una vacuna sin tener la expectativa de que la misma le será administrada.

En general, CMS cree que las vacunas Parte D, incluyendo los costos asociados con su administración, deberían ser facturadas en una sola reclamación, tanto para casos en y fuera de la red. Por ejemplo, si una farmacia en la red despacha y administra la vacuna de acuerdo con la ley del Estado, la farmacia procesaría una sola reclamación al auspiciador Parte D y le cobraría al beneficiario cualquier costo compartido aplicable de la vacuna y su administración. Alternativamente, si una vacuna es administrada en la oficina de un médico fuera de la red, el médico administraría la

## Billing Policies

- **MM5443** is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5443.pdf> and
- **MM5459** is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5459.pdf> on the CMS website.

### Coverage of Vaccine Administration Under the Part D Program

*TRHCA modified the definition of a Part D drug to include “for [Part D] vaccines administered on or after January 1, 2008, its administration.” Consequently, beginning on January 1, 2008, the Part D program will cover vaccine administration costs associated with Part D vaccines. Thus, the coverage available in 2007 under Part B will cease and reimbursement will be available solely under Part D. CMS interprets this new statutory requirement to mean that the Part D vaccine administration costs are a component of the negotiated price for a Part D-covered vaccine. In other words, the negotiated price for a Part D vaccine will be comprised of the vaccine ingredient cost, a dispensing fee (if applicable), sales tax (if applicable) and a vaccine administration fee. This interpretation recognizes the intrinsic linkage that exists between the vaccine and its corresponding administration, since a beneficiary would never purchase a vaccine without the expectation that it would be administered.*

*In general, CMS believes that Part D vaccines, including the associated administration costs, should be billed on one claim for both in- and out-of-network situations. For example, if an in-network pharmacy dispenses and administers the vaccine in accordance with State law, the pharmacy would process a single claim to the Part D sponsor and collect from the enrollee any applicable cost-sharing on the vaccine and its administration. Alternatively, if a vaccine is administered out-of-network in a physician’s office, the physician would administer the vaccine and then bill the*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

vacuna y luego facturaría al beneficiario por el cargo completo, incluyendo ambos componentes. El beneficiario entonces sometería una reclamación en papel al auspiciador Parte D para reembolso de los costos permitidos por el plan, tanto por el costo de la vacuna como por el costo de administración de la misma.

### Consideraciones sobre Costos Compartidos

En general, un plan Parte D no debería cargar copagos por separado por la vacuna y su administración ya que CMS considera que la vacuna y su administración están intrínsecamente unidas. Si un plan Parte D cobra por coaseguro, éste debería ser aplicado relativo al precio total por ambos componentes. Individuos elegibles para subsidio por bajos ingresos con copagos establecidos por estatuto (vea la sección 1860D-14(a) (1) (D) del Acta de Seguro Social) siempre pagarán sólo por un copago por una vacuna y todos los cargos relacionados. Por lo tanto, por ejemplo, un individuo elegible para subsidio por bajos ingresos, con derecho a un total de \$1.05/\$3.10 en copagos en el 2008, solamente pagaría \$3.10 por ambos – la vacuna y su administración (y cualquier tarifa aplicable por su despacho) aún cuando los componentes se facturen por separado.

### Elementos de la Administración de la Vacuna

CMS espera que los planes Parte D tomen en consideración los elementos reflejados en las tarifas existentes en el 2007 para la administración de la vacuna Parte B al establecer sus propias tarifas de administración de la vacuna para el 2008. Los planes Parte D tendrán la discreción de implementar ya sea una sola tarifa de administración para todas las vacunas, o tarifas múltiples de administración basadas en el tipo de vacuna, variante en el tipo de proveedor, y la complejidad existente en la administración del producto. Los proveedores deben ponerse en contacto con los planes Parte D respecto a las tarifas de administración específicas de las vacunas para el 2008. (Puede encontrar información de contacto del plan Parte D al final de este artículo)

### Reembolso de Vacunas Parte D en Medio Ambiente de Proveedor

## Billing Policies

*beneficiary for the entire charge, including both components. The beneficiary would, in turn, submit a paper claim to the Part D sponsor for reimbursement of plan allowable costs for both the vaccine cost and the administration fee.*

### Cost-Sharing Considerations

*In general, a Part D plan should not charge separate copays for the vaccine and its administration since CMS views the vaccine and its administration as intrinsically linked. If a Part D plan charges coinsurance, it should be applied relative to the entire price of both components. Low income subsidy eligible individuals with copays set by statute (see section 1860D-14(a)(1)(D) of the Social Security Act) will always pay only one copay for a vaccine and all related charges. Thus, for example, a low income subsidy eligible individual entitled to \$1.05/\$3.10 copays in 2008 would pay only \$3.10 for both the vaccine and its administration (and any applicable dispensing fee) even if the components are billed separately.*

### Elements of Vaccine Administration

*CMS expects that Part D plans will take into consideration the elements reflected in existing 2007 Part B vaccine administration fees when establishing their own vaccine administration fees for 2008. Part D plans will have the discretion to implement either a single vaccine administration fee for all vaccines or multiple administration fees based on type of vaccine, variance in provider type, and product administration complexity. Providers should contact Part D plans regarding specific vaccine administration fees for 2008. (Part D plan contact information is listed at the end of this article.)*

### Part D Reimbursement for Vaccines in Provider Settings

Cont. on next page



## Políticas de Pago

Tal como se estableciera anteriormente, se requiere que los planes Parte D provean acceso a las vacunas que no se encuentran cubiertas bajo las Partes A o B. Durante la reglamentación inicial de la Parte D, CMS describe el uso de los requisitos estándar fuera de la red para asegurar el acceso adecuado al menor número de vacunas cubiertas bajo Parte D que son administradas en la oficina del médico. El enfoque de CMS se basó en el hecho de que la mayoría de las vacunas de interés para la población Medicare (influenza, neumococo, hepatitis B para pacientes de riesgo intermedio y alto) fueron cubiertas y permanecen cubiertas bajo la Parte B. Para aquellos que no se encuentran cubiertos bajo la Parte B, el beneficiario deberá pagarle al médico y luego someter una reclamación en papel a su plan Parte D para reembolso de su cargo conforme a lo que permitido por el plan. En la ausencia de comunicación con el plan antes de que se administre la vacuna, la cantidad que el médico cobra puede que sea diferente al cargo que permite el plan, y puede que quede un diferencial que el beneficiario será responsable de pagar.

Mientras van entrando al Mercado nuevas vacunas con indicaciones para uso en la población Medicare, el acceso a la vacuna Parte D en la red se ha vuelto más imperativo. Requerir al beneficiario que pague al médico por el cargo completo de la vacuna primero, y que luego el plan le reembolse, no es una solución óptima y CMS exhorta a los planes Parte D a implementar opciones de facturación costo efectivas en tiempo real al momento de su administración. CMS emitió guías a los planes Parte D a fin de que puedan investigar enfoques alternativos para mejorar el acceso a vacunas bajo el Beneficio de Medicamentos sin requerir el pago del beneficiario al momento, y para asegurar acceso adecuado a las vacunas Parte D.

CMS reseñó las siguientes opciones a los planes Parte D para su consideración. Los médicos deben esperar ver el desarrollo de varios modelos y deben tener conocimiento tanto de que puedan existir esos modelos como de su uso de parte de los beneficiarios de Medicare.

## Billing Policies

*As stated earlier, Part D plans are required to provide access to vaccines not covered under Parts A or B. During initial Part D rulemaking, CMS described use of standard out-of-network requirements to ensure adequate access to the small number of vaccines covered under Part D that are administered in a physician's office. CMS' approach was based on the fact that most vaccines of interest for the Medicare Population (influenza, pneumococcal, and hepatitis B for intermediate and high risk patients) were covered and remain covered under Part B. For those that are not covered under Part B, the beneficiary would pay the physician and then submit a paper claim to his or her Part D plan for reimbursement up to the plan's allowable charge. In the absence of communication with the plan prior to vaccine administration, the amount the physician charges may be different from the plan's allowable charge, and a differential may remain that the beneficiary will be responsible for paying.*

*As newer vaccines have entered the market with indications for use in the Medicare population, Part D vaccine in-network access has become more imperative. Requiring the beneficiary to pay the physician's full charge for a vaccine out of pocket first and be reimbursed by the plan later is not an optimal solution, and CMS has urged Part D plans to implement cost-effective, real-time billing options at the time of administration. CMS issued guidance to Part D plans to investigate alternative approaches to improve access to vaccines under the Drug Benefit without requiring up-front beneficiary payment and to ensure adequate access to Part D vaccines.*

*CMS outlined the following options to Part D plans for their consideration. Physicians should expect to see various models develop and should be aware of both their potential existence and use by Medicare beneficiaries.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Opciones para Asegurar el Acceso Adecuado de Vacunas Cubiertas bajo la Parte D

#### Enfoques de Distribución Dentro de la Red

- Acceso Dentro de la Red en Farmacias al Detal: Los registrados podrían obtener una receta del médico y llevarla a su farmacia local en la red para su despacho. En algunos estados, ya será posible que la vacuna pueda ser administrada por el farmacéutico. Cuarenta y seis estados actualmente permiten a los farmacéuticos que provean algún tipo de vacunas. Una vez que sea seguro despachar y administrar estas vacunas en las farmacias, los planes estarán explorando la utilización de farmacias en la red como un proveedor de vacunas Medicare Parte D para adultos.
- Distribución entre Farmacias en la Red: Una farmacia local de plan Parte D o una farmacia especializada podría proveer vacunas directamente a las oficinas de los médicos. Bajo este escenario, el médico puede llamar a la farmacia para que le prepare la receta, o el beneficiario podría llevar o enviar por correo una receta para que la farmacia le despache la vacuna. La farmacia prepararía la receta de la vacuna, enviaría o entregaría la misma en la oficina del médico, y luego facturaría al plan Parte D por el costo de la vacuna. (Este modelo se asemeja al programa de adquisición competitiva (CAP por sus siglas en inglés) para medicamentos de Medicare Parte B ya que el medicamento es enviado al médico, pero el médico nunca compra o recibe un reembolso por el costo del medicamento.

#### **Enfoques Fuera de la Red: Enfoques de Acceso Facilitados Fuera de la Red**

- Facturación con base en el Internet Fuera de la Red: Bajo este enfoque, los médicos someterían electrónicamente al beneficiario las reclamaciones fuera de la red a los planes Parte D por vacunas despachadas y administradas en la oficina del médico a través de un suplidor con portal electrónico. Este enfoque le permitiría al beneficiario pagar de su bolsillo sólo el deducible y el copago

## Billing Policies

### Options to Ensure Adequate Access under Part D to Covered Vaccines

#### In-Network Distribution Approaches

- *In-Network Access to Retail Pharmacies: Enrollees could obtain a prescription from the physician and bring it to their local network retail pharmacy for filling. In some states, it will already be possible for the vaccine to be administered by the pharmacist. Forty-six states currently allow pharmacists to provide some type of vaccinations. When it is safe to dispense and administer these vaccines in the pharmacy, plans will be exploring utilization of their network pharmacists as a provider of adult Medicare Part D vaccines.*
- *In-Network Pharmacy Distribution: A Part D plan's local pharmacy or specialty pharmacy could provide vaccines directly to physician offices. Under this scenario, the physician could call in a prescription, or the beneficiary could deliver or mail a prescription for the vaccine to the pharmacy. The pharmacy would fill the prescription for the vaccine, ship or deliver to the physician's office, and bill the Part D plan for the vaccine. (This model resembles the competitive acquisition program (CAP) for Medicare Part B drugs in that the drug is shipped to the physician, but the physician never purchases or gets reimbursed for the drug.)*

#### **Out-of-Network Approaches: Facilitated Out-of-Network Access Approaches**

- *Web-Assisted Out-of-Network Billing: Under this approach, physicians would electronically submit beneficiary out-of-network claims to Part D plans for vaccines dispensed and administered in the physician's office through a web-assisted portal (vendor). This approach would allow the beneficiary to pay out of pocket only the appropriate deductible*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

apropiado, o el costo compartido directamente al médico, evitando de esta manera cualquier pago al momento y re-pago por el costo completo de la vacuna. El médico asumiría la responsabilidad de someter la reclamación de parte del beneficiario y estaría de acuerdo en aceptar el pago al plan Parte D como pago en su totalidad.

- **Notificación Modelo de Vacuna para Médicos (Mejora a Reclamación en Papel):** Los planes Parte D proveerían a todos los registrados un aviso específico sobre vacunas, el cual éstos llevarían a sus médicos. Este aviso proveería información necesaria a los médicos para contactar al plan Parte D del beneficiario, a fin de recibir autorización de cubierta de una vacuna en particular, tarifas de reembolso, costos compartidos del beneficiario a ser cobrados por el médico, e instrucciones respecto a cómo someter la reclamación fuera de la red de parte del beneficiario.

Es importante enfatizar que para cualquier enfoque fuera de la red, el médico no tiene que convertirse en un proveedor de la red, sino que solamente estaría ayudando al beneficiario a someter reclamaciones fuera de la red.

CMS está trabajando con los Auspiciadores Parte D para facilitar estos enfoques. CMS recomienda que se explore la posibilidad de métodos adicionales para coordinar la facturación de vacunas en un escenario “tiempo real” del beneficio Parte D. CMS espera un desarrollo significativo en esta área durante este próximo año.

### Preguntas Más Frecuentes

- ¿Si necesito inmunizar a un beneficiario con una vacuna cubierta bajo la Parte D, qué tengo que hacer?

El beneficiario o médico puede llamar al Plan Parte D para discutir cuál será el costo compartido y los cargos permitidos por la vacuna como parte del acceso del plan Parte D fuera de la red, o puede preguntar acerca de la disponibilidad de opciones alternas para el acceso de vacunas. Puede encontrar

## Billing Policies

*and copay or cost sharing directly to the physician, thus avoiding any up-front payment and repayment for the full cost of the vaccine. The physician would assume responsibility for submitting the claim on behalf of the beneficiary and would agree to accept Part D plan payment as payment in full.*

- **Model Vaccine Notice for Physicians (Paper Claim Enhancement):** Part D plans would provide all enrollees with a vaccine-specific notice that the enrollees could bring to their physicians. This notice would provide information necessary for a physician to contact the enrollee’s Part D plan to receive authorization of coverage for a particular vaccine, reimbursement rates, enrollee cost-sharing to be collected by the physician, and instructions on how to submit the out-of-network claim on the beneficiary’s behalf.

*It is important to emphasize for either out-of-network approach, the physician does not become a network provider, but is assisting the beneficiary in the submission of his or her out-of-network claim.*

*CMS is working with Part D Sponsors to facilitate these various approaches. CMS encourages additional exploration of other possible means to coordinate the billing of vaccines in the real-time environment of the Part D benefit. CMS expects significant development in this area over the next year.*

### Frequently Asked Questions

- *If I need to immunize a beneficiary with a Part D vaccine, what do I need to do?*

*The beneficiary or physician can call the Part D Plan to discuss what the cost sharing and allowable charges would be for the vaccine as part of the Part D plan’s out-of-network access or inquire as to the availability of any alternative vaccine access options. Plan contact information is*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

información de contacto del plan en el siguiente sitio Web: <http://www.medicare.gov/MPDPF/Public/Include/DataSection/Questions/MPDPFIntro.asp>. Siga las instrucciones en la sección “**Aprenda Más Sobre los Planes en Su Área**” (Learn More About Plans in Your Area). Usted también puede obtener información de contacto llamando al 1-800-MEDICARE.

-- ¿Necesito proveer un “Advanced Beneficiary Notice” (ABN)?

**No.** A diferencia del Medicare tradicional, la Parte D no requiere ABNs.

-- ¿Puedo cobrar una tarifa de administración?

**Sí.** Las tarifas de administración para vacunas podrían ser manejadas de la siguiente manera:

- Antes del 1 de enero de 2008: Cuando el médico administra una vacuna Parte D, el médico deberá usar el código HCPCS G0377 (unido al código CPT 90471) para facturar al contratista local Parte B por la tarifa de administración de la vacuna.
- A partir del 1 de enero de 2008: Las vacunas Parte D, incluyendo los costos de administración asociados podrán ser facturados en una sola reclamación al beneficiario o al plan Parte D, tal como se establece en los ejemplos anteriores.

-- ¿La vacuna Herpes Zoster (nombre comercial Zostavax) está cubierta bajo el Medicare Parte B o bajo la Parte D?

Como la vacuna Herpes Zoster es una vacuna preventiva, la misma estará disponible para reembolso bajo Parte D. Los beneficiarios y proveedores deben ponerse en contacto con los planes D para más información sobre este particular y otras vacunas preventivas.

### Información Adicional

Existe más información sobre la Parte D para médicos en el siguiente enlace en el sitio Web CMS Prescription Drug: [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04\\_Formulary.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04_Formulary.asp#TopOfPage).

## Billing Policies

available at the following website: <http://www.medicare.gov/MPDPF/Public/Include/DataSection/Questions/MPDPFIntro.asp> and then follow the directions on the section Learn More About Plans in Your Area. You may also obtain plan contact information by calling 1-800-MEDICARE.

-- Do I need to provide Advanced Beneficiary Notice (ABN)?

**No.** Unlike traditional Medicare, Part D does not require ABNs.

-- Can I charge an administration fee?

**Yes.** Administration fees for vaccines could be handled in the following manner:

- Before January 1, 2008: When a physician administers a Part D vaccine, the physician should use HCPCS code G0377 (linked to CPT code 90471) to bill the Part B local carrier for the administration fee of the vaccine.
- January 1, 2008 and after: Part D vaccines, including the associated administration costs could be billed on one claim to the beneficiary or to the Part D plan, as stated in the preceding examples.
- Is the Herpes zoster vaccine (Trade name Zostavax) covered under Medicare Part B or D?

Since the Herpes zoster vaccine is a preventive vaccine, it will be available for reimbursement under Part D. Beneficiaries and providers should contact the Part D plans for more information about costs and reimbursement for this and other preventive vaccines.

### Additional Information

More information about Part D for physicians' is available on the CMS prescription drug webpage for physicians, which is at [http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04\\_Formulary.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04_Formulary.asp#TopOfPage).

Pub. SE0727 / ml/ dlf



## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2007 A LA BASE DE DATOS DEL MANUAL DE TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFSD)

#### Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], o Contratistas Administrativos de Medicare (MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios profesionales pagados bajo el MPFS.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5714, del cual se extrae este artículo, enmienda los archivos de pago previamente enviados a su Contratista de Medicare (basado en la Reglamentación Final del MPFS del 1 de diciembre de 2006), e incluye nuevos códigos para la Iniciativa de Medición de Calidad del Médico.

#### Trasfondo

La Sección 1848(c)(4) de la Ley del Seguro Social autoriza al Secretario a establecer políticas suplementarias necesarias para implementar valores relativos de servicios prestados por médicos. Los contratistas de Medicare, de acuerdo con lo establecido en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 23, Sección 30.1, le da a los proveedores 30 días de notificación antes de implementar las cantidades de pago revisadas y los cambios identificados en el CR5714, que (a menos que se indique algo diferente en el CR5714), será retroactivo al 1 de enero de 2007.

Usted debe estar enterado que los contratistas ajustarán las reclamaciones que usted traiga a su atención, pero no se les requiere que busquen en sus archivos, ya sea para retractarse del pago de reclamaciones ya efectuados, o para pagar reclamaciones retroactivamente. Los cambios hechos como resultado del CR5714 se indican a continuación:

## Billing Policies

### OCTOBER UPDATE TO THE 2007 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

#### Provider Types Affected

*Physicians and other providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries, or Medicare Administrative Contractors (MACs)) for professional services paid under the MPFS.*

#### What You Need to Know

*CR5714, from which this article was taken, amends the payment files previously issued to your Medicare contractor (based upon the December 1, 2006, Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) Final Rule); and includes new codes for the Physician Quality Reporting Initiative.*

#### Background

*Section 1848(c)(4) of the Social Security Act authorizes the Secretary to establish ancillary policies necessary to implement relative values for physicians' services. Medicare contractors, in accordance with the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, Section 30.1, give providers 30 days notice before implementing the revised payment amounts and the changes identified in CR5714, which (unless otherwise stated in the CR5714) will be retroactive to January 1, 2007.*

*You should be aware that carriers will adjust claims that you bring to their attention, but are not required to search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims. The changes made as a result of CR5714 are as follows:*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

Los cambios incluidos en la actualización de octubre de 2007 a la Base de Datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFSD), se detallan a continuación:

Los siguientes cambios son retroactivos al 1 de enero de 2007:

CPT/HCPCS	ACTION
16035	Global Period = 000 Pre Op = 0.00 Intra Op = 0.00 Post Op = 0.00
20690	Bilateral Indicator = 0
38740	Bilateral Indicator = 1
38745	Bilateral Indicator = 1
54150	Transitional Non-Facility PE RVU = 3.38 Transitional Facility PE RVU = 0.73
64412	Bilateral Indicator = 1
64418	Bilateral Indicator = 1
64613	Bilateral Indicator = 1

Tal como se establece en la Transmisión 1301, del 20 de julio de 2007 (CR 5665 – Información Revisada sobre Codificación de PET Scan), vigente el 28 de enero de 2005, el código CPT 78609 se convirtió en un servicio no cubierto para propósitos de Medicare.

CPT Code	Procedure Status Indicator*
78609	N
78609 – TC (Technical Component)	N
78609 – 26 (Professional Component)	N

\*Vigente para fechas de servicio a partir del 28 de enero de 2005.

### Nuevos Códigos de Categoría II para el “Physician Quality Reporting Initiative” (PQRI)

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2007, los siguientes códigos de Categoría II se añadirán al MPFS con un indicador de estatus de “M”:

Code	Long Descriptor	Short Descriptor
1116F	Auricular or periauricular pain assessed	Auric/peri pain assessed
2035F	Tympanic membrane mobility assessed with pneumatic otoscopy or tympanometry	Tymp memb motion exam'd
3215F	Patient has documented immunity to Hepatitis A	Pt immunity to hep a doc'd
3216F	Patient has documented immunity to Hepatitis B	Pt immunity to hep b doc'd
3219F	Hepatitis C genotype testing documented as performed prior to initiation of antiviral treatment for Hepatitis C	Hep c geno tstng doc'd - done

## Billing Policies

Changes included in the October Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database are as follows:

The following changes are retroactive to January 1, 2007:

As stated in Transmittal 1301, dated July 20, 2007, (Change Request 5665 – Revised Information on PET Scan Coding), effective January 28, 2005, CPT code 78609 became a non-covered service for Medicare purposes.

\*Effective for dates of service on or after January 28, 2005.

### New Category II codes for the Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)

Effective for dates of service on or after October 1, 2007, the following Category II codes will be added to the MPFS with a status indicator of “M”.

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Code	Long Descriptor	Short Descriptor
3220F	Hepatitis C quantitative RNA testing documented as performed at 12 weeks from initiation of antiviral treatment	Hep c quant rna tstng doc'd
3230F	Documentation that hearing test was performed within 6 months prior to tympanostomy tube insertion	Note hring tst w/in 6 mon
3260F	pT category (primary tumor), pN category (regional lymph nodes), and histologic grade documented in pathology report	Pt cat/pn cat/hist grd doc'd
4130F	Topical preparations (including OTC) prescribed for acute otitis externa	Topical prep rx, aoe
4131F	Systemic antimicrobial therapy prescribed	Syst antimicrobial thx rx
4132F	Systemic antimicrobial therapy not prescribed	No syst antimicrobial thx rx
4133F	Antihistamines or decongestants prescribed or recommended	Antihist/decong rx/recom
4134F	Antihistamines or decongestants neither prescribed nor recommended	No antihist/decong rx/recom
4135F	Systemic corticosteroids prescribed	Systemic corticosteroids rx
4136F	Systemic corticosteroids not prescribed	Syst corticosteroids not rx
4150F	Patient receiving antiviral treatment for Hepatitis C	Pt recvng antivir txmnt hepc
4151F	Patient not receiving antiviral treatment for Hepatitis C	Pt not recvng antiv hep c
4152F	Documentation that combination peginterferon and ribavirin therapy considered	Doc'd pegintf/rib thxy consid
4153F	Combination peginterferon and ribavirin therapy prescribed	Combo pegintf/rib rx
4154F	Hepatitis A vaccine series recommended	Hep a vac series recommended
4155F	Hepatitis A vaccine series previously received	Hep a vac series prev recvd
4156F	Hepatitis B vaccine series recommended	Hep b vac series recommended
4157F	Hepatitis B vaccine series previously received	Hep b vac series prev recvd
4158F	Patient education regarding risk of alcohol consumption performed	Pt edu re: alcoh drnkng done
4159F	Counseling regarding contraception received prior to initiation of antiviral treatment	Contrcp talk b/4 antiv txmnt

Los indicadores de pago son idénticos para todos los códigos PQRI CPT mencionados anteriormente, y esos indicadores son los siguientes:

*The payment indicators are identical for all of the above PQRI CPT codes and those indicators are as follows:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Procedure Status:	M
WRVU:	0.00
Non-Facility PE RVU:	0.00
Facility PE RVU:	0.00
Malpractice RVU:	0.00
PC/TC:	9
Site of Service:	9
Global Surgery:	XXX
Multiple Procedure Indicator:	9
Bilateral Surgery Indicator:	9
Assistant at Surgery Indicator:	9
Co-Surgery Indicator:	9
Team Surgery Indicator:	9
Physician Supervision Diagnostic Indicator:	9
Type of Service:	1
Diagnostic Family Imaging Indicator:	99

\*Vigente para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2007.

El descriptor corto para el código G8370 se listó incorrectamente en la Transmisión 1258, del 29 de mayo de 2007 (CR5614 – Actualización de Julio 2007 a la Base de Datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFSD). El descriptor corto se corrigió para que lea:

HCPCS	Revised Short Descriptor
G8370	Asthma pt w survey not docum

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial sobre la Actualización de Octubre 2007 a la Base de Datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFSD), en el CR5714, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1326CP.pdf>.

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

*\*Effective for services performed on or after October 1, 2007*

*The short descriptor for G8370 was listed incorrectly in Transmittal 1258, dated May 29, 2007 (Change Request 5614 – July Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database). The short descriptor has been corrected to read:*

### Additional Information

*You can find the official instruction about the October update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database by going to CR5714, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1326CP.pdf> on the CMS website.*

*If you need more information, please call 1-877-715-1921.*

Pub. MLN5714 / Trans R1326CP / CR5714 / 08-30-07 / mlv dif

## Políticas de Pago

### NUEVO CÓDIGO DE COMENTARIO PARA DENEGAR SERVICIOS FACTURADOS POR SEPARADO

#### Proveedores Afectados

Proveedores de Medicare que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), o a los Contratistas de la Parte B de Medicare de Servicios de Ambulancia por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Tenga presente que los contratistas utilizarán un nuevo mensaje RARC al momento de denegar reclamaciones de servicios de ambulancia sometidas con códigos que no se pueden facturar por separado y que ya están incluidos en la tarifa base. Para reclamaciones sometidas por suplidores de ambulancia que Medicare procese a partir del 1 de octubre de 2007, las cuales Medicare deniega porque el código para el servicio no aparece en las Tarifas Fijas de Ambulancia, Medicare devolverá el RARC N390 para indicar: "Este servicio no puede facturarse por separado". Refiérase al resto de este artículo para más detalles.

#### Puntos Clave del CR5659

- Vigente el 1 de octubre de 2007, el nuevo Código RARC N390 y N185, con el Código CARC 97, código de grupo CO, será utilizado al denegar cualquier código en las reclamaciones de servicios de ambulancia que no aparecen en las Tarifas Fija de Ambulancia.
- Para tales reclamaciones procesadas y denegadas a partir del 1 de octubre de 2007, se enviará el siguiente mensaje MSN a los beneficiarios de Medicare: "16.45 – Usted no puede facturar por separado por este artículo o servicio. Usted no tiene que pagar por esta cantidad".

## Billing Policies

### NEW REMARK CODE FOR DENYING SEPARATELY BILLED SERVICES

#### Provider Types Affected

Medicare providers who submit claims to Medicare Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) or carriers for ambulance services rendered to Medicare beneficiaries.

#### Provider Action Needed

Be aware that contractors will use a new Remittance Advice Remark Code (RARC) message when denying ambulance claims submitted with a code(s) that is not separately billable and already included in the base rate. For claims submitted by ambulance suppliers that Medicare processes on or after October 1, 2007, and which Medicare denies because the code for the service does not appear on the Ambulance Fee Schedule, Medicare will return the RARC of N390 to show "This service cannot be billed separately." See the remainder of this article for further details.

#### Key Points of CR5659

- Effective October 1, 2007, the new Remittance Advice Remark Code N390 and N185 with Claim Adjustment Reason Code 97, group code CO, will be used when denying any codes on the ambulance claims that does not appear on the Ambulance Fee Schedule.
- For such claims processed and denied on or after October 1, 2007, the following Medicare Summary Notice (MSN) message will be sent to Medicare beneficiaries: "16.45 - You cannot be billed separately for this item or service. You do not have to pay this amount."

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Trasfondo

El CR5659 es el documento oficial que anuncia estos cambios en los procesos de Medicare y establece que a partir del 1 de enero de 2006, los artículos y servicios que incluyen, pero no están limitados, a oxígeno, medicamentos, personal adicional, suministros, EKG, y diferencial por turno nocturno ya no serán pagados por separado en servicios de ambulancia. Esto ocurrió cuando los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) implementaron la Tarifa Fija de Ambulancia en su totalidad. Por lo tanto, el pago se basa solamente en la cantidad de Tarifa Fija de Ambulancia, según lo indica el CFR 42 § 414.615(e), y dicho pago representa el pago total para todos los servicios, suministros y otros costos por un servicio de ambulancia suministrado a un beneficiario de Medicare. CMS tuvo conocimiento de que algunos proveedores están sometiendo reclamaciones con servicios suplementarios que están incluidos en la tarifa base.

CMS decidió que se necesitaba un mensaje de denegación más explícito para explicar la razón de la denegación, y que este servicio no se puede facturar por separado. Como resultado, estas reclamaciones/servicios no se deben someter nuevamente. Esto aplica, ya sea en caso de que el servicio de transportación primaria se permita o se deniegue. Recuerde que cuando estos servicios se deniegan, no se le pueden facturar por separado a los beneficiarios.

### Información Adicional

Para los detalles completos relacionados al CR5659, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B de Medicare o A/B MAC de Medicare. Dicha instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1318CP.pdf>.

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

## Billing Policies

### Background

*CR5659 is the official document that announces these changes in Medicare processes and states that effective January 1, 2006, items and services which include but are not limited to oxygen, drugs, extra attendants, supplies, EKG, and night differential are no longer paid separately for ambulance services. This occurred when the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) fully implemented the Ambulance Fee Schedule. Therefore, payment is based solely on the Ambulance Fee Schedule amount as cited in 42 CFR § 414.615 (e) and such payment represents payment in full for all services, supplies, and other costs for an ambulance service furnished to a Medicare beneficiary. CMS was made aware that some providers are submitting claims with ancillary services that are included in the base rate.*

*CMS decided that a clearer denial message was needed to explain the reason for the denial and that this service is not separately billable and as a result, these claims/services should not be resubmitted. This is true whether the primary transportation service is allowed or denied. Remember that when these services are denied, the services are not separately billable to the beneficiaries.*

### Additional Information

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5659) issued to your Medicare carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1318CP.pdf> on the CMS website.*

*If you need more information, please call 1-877-715-1921.*

Pub. MLN5659 / Trans R1318CP / CR5659 / 08-17-07 / mlv dlf

## Políticas de Pago

### RESUMEN DE POLÍTICAS DEL MPFS Y CANTIDAD DE PAGO PARA LA INSTALACIÓN QUE ORIGINA EL SERVICIO DE TELESALUD

#### Proveedores Afectados

Médicos y otros profesionales de la salud, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], y/o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare y pagaderos bajo el MPFS.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5895, el cual contiene resúmenes de los cambios en la política del MPFS de 2008 y las tarifas para instalaciones que originan servicios de Telesalud del 2008. (Nota: Este CR no incluye algún cambio que podría afectarse por legislación reciente (ejemplo: 0.5% de actualización al factor de conversión, cambios geográficos a los índices de costo de la práctica, etc. Puede encontrar información sobre estos cambios en el CR5944, *Legislative Change Affecting the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and Extension of the 2008 Participation Open Enrollment Period.*)

#### Trasfondo

El Acta de Seguro Social (Sección 1848(b)(1) (disponible en el siguiente enlace: [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1848.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm)) requiere que CMS provea (antes del 1 de noviembre de cada año, según establecido por regulación), las tarifas que establecen las cantidades de pago por servicios médicos del año subsiguiente. CMS publicó un documento que afectará los pagos a médicos, con vigencia el 1 de enero de 2008.

El Acta de Seguro Social (Sección 1834(m)) (disponible en el siguiente enlace en la Internet: [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1834.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1834.htm)) estableció la cantidad de pago para servicios de Telesalud (instalación que origina el servicio) prestados entre el 1 de octubre de 2001 hasta el 21 de diciembre de 2002, en \$20.

## Billing Policies

### SUMMARY OF POLICIES IN THE 2008 MPFS AND THE TELEHEALTH ORIGINATING SITE FACILITY FEE PAYMENT AMOUNT

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5895 which contains summaries of the policy changes in the 2008 Medicare Physician Fee Schedule and the telehealth originating site facility fee for 2008. (Note: This CR does not include any changes that would be affected by recent legislation (i.e., 0.5 percent update to the conversion factor, changes to the geographic practice cost indices floor, etc. Information regarding these changes can be found in CR 5944, *Legislative Change Affecting the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and Extension of the 2008 Participation Open Enrollment Period.*)*

#### Background

*The Social Security Act (Section 1848(b)(1) at [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1848.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm) on the Internet) requires the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to provide (by regulation before November 1 of each year) fee schedules that establish payment amounts for physicians' services for the subsequent year. CMS published a document that will affect payments to physicians effective January 1, 2008.*

*The Social Security Act (Section 1834(m) at [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1834.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1834.htm) on the Internet) established the payment amount for the Medicare telehealth originating site facility fee for telehealth services provided from October 1, 2001 through December 21, 2002 at \$20.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Para servicios de Telesalud prestados en o después del 1 de enero de cada año calendario subsiguiente, la tarifa para instalación de servicios de Telesalud que origina el servicio, aumenta a partir del primer día de cada año por el porcentaje de aumento en el Índice Económico de Medicare (MEI por sus siglas en inglés), según se define en el Acta de Seguro Social (Sección 1842(i)(3) (disponible en el siguiente enlace: [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1842.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1842.htm)). El aumento en el MEI para el año 2008 es el 1.8%.

Para el año calendario 2008, la cantidad de pago para el código HCPCS Q3014 (*Telehealth originating site facility fee*) es el 80% de la cantidad menor del cargo real, o \$23.35. Nota: El beneficiario es responsable del pago de cualquier cantidad de deducible o coaseguro no cubierta.

En resumen, el CR5895 instruye a su Contratista de Medicare a:

- Pagar a la instalación que origina el servicio de Telesalud de Medicare la tarifa que se describe en el código HCPCS Q3014 a base del 80% de la cantidad menor del cargo real, o \$23.35; y
- A considerar el pago de los siguientes códigos HCPCS solamente cuando sea apropiado, razonable y necesario (ejemplo, cuando el servicio se suministra para evaluar a pacientes con señales/síntomas de enfermedad o lesiones), de acuerdo con el Acta de Seguro Social (Sección 1862(a)(1)(A) disponible en el siguiente enlace en el Internet: [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1862.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1862.htm)).

## Billing Policies

*For telehealth services provided on or after January 1 of each subsequent calendar year, the telehealth originating site facility fee is increased as of the first day of the year by the percentage increase in the Medicare Economic Index (MEI) as defined in the Social Security Act (Section 1842(i)(3) at [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1842.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1842.htm) on the internet). The MEI increase for 2008 is 1.8 percent.*

*For calendar year 2008, the payment amount for Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code Q3014 (Telehealth originating site facility fee) is either 80 percent of the lesser of the actual charge or \$23.35. Note: The beneficiary is responsible for any unmet deductible amount or coinsurance.*

*In summary, CR5895 instructs your Medicare contractor to:*

- *Pay for the Medicare telehealth originating site facility fee as described by HCPCS code Q3014 at 80 percent of the lesser of the actual charge or \$23.35; and*
- *Consider payment for the following HCPCS codes only when appropriate, reasonable and necessary (i.e., when the service is provided to evaluate patients with signs/symptoms of illness or injury) as per of the Social Security Act (Section 1862(a)(1)(A) at [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1862.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1862.htm) on the Internet):*

<b>CÓDIGO HCPCS HCPCS Code</b>	<b>Descriptor Descriptor</b>
<b>G0396</b>	Evaluación estructurada del abuso de alcohol y/o sustancias (aparte del tabaco) (ejemplo, AUDIT, DAST), e intervención breve, 15 a 30 minutos. <i>Alcohol and/or substance (other than tobacco) abuse structured assessment (eg, AUDIT, DAST) and brief intervention, 15 to 30 minutes.</i>
<b>G0397</b>	Evaluación estructurada del abuso de alcohol y/o sustancias (aparte del tabaco) (ejemplo, AUDIT, DAST), e intervención de más de 30 minutos. <i>Alcohol and/or substance (other than tobacco) abuse structured assessment (eg, AUDIT, DAST) and intervention greater than 30 minutes.</i>

Cont. on next page



## Políticas de Pago

Vea el anejo al CR5895, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1423CP.pdf>.

- Un resumen de los asuntos discutidos en el CMS-1325-FC, del Programa de Medicare, Revisiones a las Políticas de Pago bajo las Tarifas de Pagos a Médicos; y otras políticas de pago de la Parte B para el Año Calendario 2008; Revisiones a las Políticas de Pago para Servicios de Ambulancia bajo las Tarifas de Pago de Servicios de Ambulancia para el Año Calendario 2008; y las Enmiendas a Dispensa para Recetas por Internet para Transmisiones de Fax generadas por computadora.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5895) enviada a su Contratista de la Parte de Medicare, FI y A/B MAC de Medicare respecto a este cambio, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1423CP.pdf>.

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

## Billing Policies

See the attachment to CR 5895, available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1423CP.pdf> on the CMS website, for:

- A summary of significant issues discussed in CMS-1325-FC, Medicare Program; Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule, and Other Part B Payment Policies for CY 2008; Revisions to the Payment Policies of Ambulance Services Under the Ambulance Fee Schedule for CY 2008; and the Amendment of the E-Prescribing Exemption for Computer-Generated Facsimile Transmissions.

### Additional Information

The official instruction, CR5895, issued to your Medicare carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1423CP.pdf> on the CMS website.

If you need more information, please call 1-877-715-1921.

Pub. MLN5895 / Trans R1423CP / CR5895 / 02-01-08 / ml dlf

## ACTUALIZACIÓN DE 2008 PARA LAS TARIFAS FIJAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICOS, ORTÓTICOS Y SUMINISTROS

### Proveedores Afectados

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

## FEE SCHEDULE UPDATE FOR 2008 FOR DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS AND SUPPLIES

### Provider Types Affected

Providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), Fiscal Intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and/or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)) for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) provided to Medicare beneficiaries.

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5803, que provee la actualización anual a las tarifas DMEPOS del 2008, a fin de implementar cantidades de tarifa fija para nuevos códigos y para revisar cualquier cantidad de tarifa fija para códigos existentes que fueron calculados por error. Asegúrese que su personal de facturación se encuentra informado respecto a estos cambios.

### Trasfondo

Esta notificación de actualización recurrente, CR5803, provee instrucciones específicas sobre la actualización anual para la tarifa fija DMEPOS. El pago a base de tarifa fija se requiere para equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés), aparatos protéticos, ortóticos, protéticos y vendajes quirúrgicos mediante la Sección §1834(a), (h), e (i) de la Ley de Seguro Social. El pago a base de tarifa fija se requiere para nutrición parenteral y enteral (PEN por sus siglas en inglés) de acuerdo a las regulaciones contenidas en el 42 CFR 414.102.

El proceso de actualización para la tarifa fija DMEPOS se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 60; (<http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>) en el sitio Web de CMS. Puede encontrar más información sobre tarifas fijas, incluyendo el acceso a las tarifas fijas DMEPOS, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01_overview.asp).

### Puntos Clave

- Los siguientes códigos se **eliminan** del HCPCS vigente el 1 de enero de 2008 y por lo tanto, se remueven de los archivos de tarifa fija DMEPOS y PEN:

B4086	L3800	L3850	L3926	L3946
E2618	L3805	L3855	L3928	L3948
K0553	L3810	L3860	L3930	L3950
K0554	L3815	L3907	L3932	L3952
K0555	L3820	L3910	L3934	L3954
L0960	L3825	L3916	L3936	L3985
L1855	L3830	L3918	L3938	L3986
L1858	L3835	L3820	L3940	
L1870	L3840	L3922	L3942	
L1880	L3845	L3924	L3944	

## Billing Policies

### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5803, which provides the annual update to the 2008 DMEPOS fee schedules in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error. Be sure your billing staff are aware of these changes.*

### Background

*This recurring update notification, CR5803, provides specific instructions regarding the 2008 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 by §1834(a), (h), and (i) of the Social Security Act. Payment on a fee schedule basis is required for parenteral and enteral nutrition (PEN) by regulations contained at 42 CFR 414.102.*

*The update process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 23, Section 60; <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. Other information on the fee schedule, including access to the DMEPOS fee schedules is at [http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01_overview.asp) on the CMS website.*

### Key Points

- The following codes are being **deleted** from the HCPCS effective January 1, 2008, and are therefore being removed from the DMEPOS and PEN fee schedule files:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Vigente el 1 de enero de 2008, la categoría de pago para el código K0730 se revisa para mover el sistema de administración de dosis controlada de inhalación de medicamentos, de la categoría de pago DME para artículos de alquiler con límite ("capped rental") a la categoría de pago DME para artículos económicos y comprados rutinariamente. El pago total para artículos económicos y/o comprados rutinariamente no puede exceder la cantidad de tarifa fija para compra del equipo. En el caso de los sistemas de administración de dosis controlada de medicamentos de inhalación suministrados a base de compra a partir del 1 de enero de 2008, la cantidad de pago permitida se reducirá por el total de los pagos de alquiler previamente realizados por ese artículo.
- Las cantidades de tarifa fija establecidas para los códigos HCPCS K0553, K0554 y K0555 se transferirán directamente a los nuevos códigos HCPCS A7027, A7028 y A7029, respectivamente.
- A partir de la Actualización Trimestral de los Códigos HCPCS de Julio 2007, los siguientes códigos HCPCS "composite dressing" no están cubiertos por Medicare, vigente el 1 de julio de 2007: A6200, A6201 y A6202. Para reflejar este cambio, las cantidades de tarifa fija para los códigos A6200, A6201 y A6202 se removerán del archivo de tarifa fija como parte de esta actualización. Los contratistas de Medicare denegarán reclamaciones que contengan los códigos A6200, A6201 y A6202, con fechas de servicio entre el 1 de julio de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2007.
- CMS establecerá cantidades de tarifa fija para los siguientes códigos HCPCS: B4087, B4088, E2312, E2312KC, E2373, E2313, L1846, L3808, L3923, L3764, L3763, L3925, L3929, y L3931. Estas cantidades de tarifa fija se añadirán al archivo de tarifa fija el 1 de enero de 2008, y tendrán vigencia para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008. Las cantidades existentes de tarifa fija para el código HCPCS E2372 se convertirán en las tarifas de reemplazo completo del código E2372 KC a partir del 1 de enero de 2008.

## Billing Policies

- *The payment category for code K0730 is revised to move the controlled dose inhalation drug delivery system from the DME payment category for capped rental items to the DME payment category for inexpensive and routinely purchased items, effective January 1, 2008. The total payment for inexpensive and/or routinely purchased items may not exceed the fee schedule amount for purchase of the equipment. In the case of controlled dose inhalation drug delivery systems furnished on a purchase basis on or after January 1, 2008, the allowed payment amount will be reduced by the total rental payments previously made for the item.*
- *The fee schedule amounts established for HCPCS codes K0553, K0554 and K0555 will directly crosswalk to new HCPCS codes A7027, A7028 and A7029, respectively.*
- *As of the July 2007 HCPCS Quarterly Update, the following composite dressing HCPCS codes are non-covered by Medicare, effective July 1, 2007: A6200, A6201 and A6202. To reflect this change, the fee schedule amounts for codes A6200, A6201 and A6202 will be removed from the fee schedule file as part of this update. Medicare Contractors will deny claims for A6200, A6201 and A6202 with dates of service July 1, 2007 through December 31, 2007.*
- *CMS will establish fee schedule amounts for the following HCPCS codes : B4087, B4088, E2312, E2312KC, E2373, E2313, L1846, L3808, L3923, L3764, L3763, L3925, L3929, and L3931. These fee schedule amounts will be added to the fee schedule file on January 1, 2008, and are effective for claims with dates of service on or after January 1, 2008. The existing fee schedule amounts for HCPCS code E2373 will become the full replacement E2373 KC fees, effective January 1, 2008.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Los suplidores deben someter el modificador KC al facturar por el reemplazo total de los códigos HCPCS de interfase de silla de ruedas E2373 y E2312.
- Observe que los códigos HCPCS E0328 y E0329 son rara vez apropiados para facturación a Medicare. El pago por camas pediátricas representadas por estos códigos estará basado en consideraciones individuales del Contratista de Medicare.
- Como parte de esta actualización, CMS está implementando las tarifas nacionales de pagos mensuales para equipo de oxígeno estacionario, (códigos HCPCS E0424, E0439, E1390 y E1390), vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008. CMS está revisando el archivo de tarifa fija para incluir la nueva tarifa de pago mensual del 2008 de \$199.28 para equipo de oxígeno estacionario. Según se requiere por estatuto, estas tarifas de pago se ajustan anualmente para asegurar neutralidad de presupuesto al añadir la nueva clase de equipo portátil para generar oxígeno. De la misma manera, una reducción a la cantidad del pago nacional mensual para equipo de oxígeno estacionario para el 2008 que es necesaria para compensar los pagos bajo la nueva clase serán levemente menores (\$0.56) que los anunciados previamente (de \$199.84 a \$199.28).
- Como resultado de los ajustes antes indicados, CMS también está revisando las cantidades de tarifa fija para los códigos HCPCS E1405 y E1406 como parte de esta actualización. Desde 1989, las tarifas para los códigos E1405 y E1406 han sido establecidas a base de una combinación de las cantidades de pagos de Medicare por concepto de equipo de oxígeno estacionario y los códigos de nebulizador E0585 y E0570, respectivamente.

## Billing Policies

- *Suppliers are to submit the KC modifier when billing for the full replacement of HCPCS power wheelchair interface codes E2373 and E2312.*
- *Note that HCPCS codes E0328 and E0329 are rarely appropriate for Medicare billings, payment for pediatric beds represented by these codes will be based on individual Medicare contractor consideration.*
- *As part of this update, CMS is implementing the 2008 national monthly payment rates for stationary oxygen equipment, (HCPCS codes E0424, E0439, E1390 and E1391), effective for claims with dates of service on or after January 1, 2008. CMS is revising the fee schedule file to include the new 2008 monthly payment rate of \$199.28 for stationary oxygen equipment. As required by statute, these payment rates are adjusted annually to assure budget neutrality on the addition of the new oxygen generating portable equipment class. Accordingly, a reduction to the national monthly payment amount for stationary oxygen equipment for 2008 that is necessary to offset payments under the new class will be slightly lower (\$0.56) (from \$199.84 to \$199.28) than previously announced.*
- *As a result of the above adjustments, CMS is also revising the fee schedule amounts for HCPCS codes E1405 and E1406 as part of this update. Since 1989, the fees for codes E1405 and E1406 have been established based on a combination of the Medicare payment amounts for stationary oxygen equipment and nebulizer codes E0585 and E0570, respectively.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

- Los siguientes son los nuevos códigos HCPCS, que entran en vigor el 1 de enero de 2008:

A4252	A9276	E0329	L3925	L7614
A5083	A9277	E0856	L3927	L7621
A6413	A9278	E2227	L3929	L7622
A7027	A9283	E2228	L3931	V2787
A7028	B4087	E2312	L7611	
A7029	B4088	E2313	L7612	
A9274	E0328	E2397	L7613	

### Información Adicional

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

Usted puede ver la instrucción oficial (CR5803) enviada a su A/B MAC, DMERC, DME/MAC, RHHI o Contratista de la Parte B de Medicare en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1388CP.pdf>.

## Billing Policies

- *The following are the new HCPCS codes, effective January 1, 2008:*

### Additional Information

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

*You may see the official instruction (CR5803) issued to your Medicare A/B MAC, FI, DMERC, DME/MAC, RHHI or carrier by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1388CP.pdf> on the CMS website.*

Pub. MLN5803 / Trans R1338CP / CR5803 / 12-07-07/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN DEL CARGO RAZONABLE DEL 2008 PARA TABLILLA, ENYESADURA, SUMINISTROS DE DIÁLISIS, EQUIPO DE DIÁLISIS Y CIERTOS LENTES INTRAOCULARES

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5740 el cual provee instrucciones relacionadas al cálculo de cargo razonable para el pago de reclamaciones para tablillas, enyesaduras, suministros de diálisis, equipo de diálisis y lentes intraoculares suministrados durante el año calendario del 2008. Los límites de pago del 2008 para tablillas y enyesaduras se basarán en los límites del 2007 anunciados en el CR5382 el año pasado, aumentados por 2.7 por ciento. Los códigos Q deben utilizarse cuando los suministros son indicados para propósitos de tablillas y enyesaduras. Este pago es adicional al pago emitido bajo las Tarifa Fijas de Medicare para médicos por el procedimiento de aplicar la tablilla y enyesadura. En relación a los lentes intraoculares, el pago será solamente a base del

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

*This article is based on Change Request (CR) 5740, which 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. The 2008 payment limits for splints and casts will be based on the 2007 limits that were announced in CR 5382 last year, increased by 2.7 percent. The Q-codes are to be used when supplies are indicated for cast and splint purposes. This payment is in addition to the payment made under the Medicare physician fee schedule for the procedure for applying the splint or cast. For intraocular lenses, payment is made only on a*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

cargo razonable para lentes implantados en la oficina del médico. El CR5740 provee instrucciones para el contratista o MAC de A/B para que compute el cargo acostumbrado y el prevaeciente para el V2630, V2631 y V2632 utilizando los datos de los cargos reales.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5740.pdf>.

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

## Billing Policies

*reasonable charge basis for lenses implanted in a physician's office. CR5740 instructs your carrier, or A/B MAC to compute 2008 customary and prevailing charges for the V2630, V2631, and V2632 using actual charge data.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5740.pdf> on the CMS website.*

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

CR5740/Trans. 1344/MM5740 ab

## ACTUALIZACIÓN ANUAL 2008 A LA LISTA DE CÓDIGOS DE TERAPIA

Esta instrucción actualiza la lista de códigos que algunas veces o siempre describen los servicios de terapia. Lo que se añadió, lo que se cambió y las eliminaciones a la lista de códigos de terapia, refleja aquellos que se hicieron en el Año Calendario 2008 en la publicación de la Terminología , Cuarta Edición, del Sistema de Codificación de Procedimiento Común por sus siglas en inglés (HCPCS/CPT-4).

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5810.pdf>.

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

## 2008 ANNUAL UPDATE TO THE THERAPY CODE LIST

*This instruction updates the list of codes that sometimes or always describe therapy services. The additions, changes, and deletions to the therapy code list reflect those made in the CY 2008 Healthcare Common Procedure Coding System and Current Procedural Terminology, Fourth Edition (HCPCS/CPT-4).*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5810.pdf> on the CMS website.*

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

CR5810/Trans.R1377CP/MM5810/mar

## Laboratorio

### LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:

**AJUSTE AL ÉDITO DEL CWF DE MEDICARE PARA RECLAMACIONES DUPLICADAS CON COMPONENTE TÉCNICO PARA SERVICIOS DE LABORATORIO DE RADIOLOGÍA Y PATOLOGÍA PRESTADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS**

#### Tipos de Proveedores Afectados

Suplidores de Radiología, laboratorios de diagnóstico clínico, y otros proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por el Componente Técnico (TC por sus siglas en inglés) de servicios de Radiología y Patología suministrados a pacientes hospitalizados bajo el sistema Fee-for-Service.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Previamente, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicaron el CR 5347, el cual estableció éditos para reclamaciones duplicadas, que incluía tomar en consideración la fecha de admisión y la fecha de alta de una estadía en hospital al identificar reclamaciones duplicadas para servicios de radiología y patología.

Con vigencia a la fecha de implementación del CR5675 (1 de octubre de 2007), las reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de abril de 2007 se pagarán, cuando se provean servicios de radiología y patología a beneficiarios de Medicare en el día de admisión y el día de alta de una estadía en hospital.

Asegúrese que el personal a cargo de la facturación en su oficina tenga conocimiento de estos cambios.

#### Trasfondo

Este CR se está implementado para evitar la denegación de reclamaciones de servicios que fueron legítimamente suministrados a beneficiarios en las fechas de admisión y de alta. La regla general es que el componente técnico (TC) de los servicios de radiología suministrados durante la

## Laboratory

### LABORATORY AND RADIOLOGY:

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

#### Provider Types Affected

*Radiology suppliers, clinical diagnostic laboratories, and other providers billing Medicare carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for the TC of radiology and pathology services provided to Medicare fee-for-service hospital inpatients.*

#### Provider Action Needed

*Previously the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued Change Request (CR) 5347 that established duplicate claims edits, which included consideration of the admission and discharge dates of a hospital stay in identifying duplicate claims for radiology and pathology services.*

*Effective with implementation of CR5675 on October 1, 2007, claims with dates of service on or after April 1, 2007, that provide radiology and pathology services to Medicare beneficiaries on the day of admission and the day of discharge during an inpatient hospital stay will be paid.*

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

#### Background

*This CR is being implemented to avoid denying claims that were legitimately provided to beneficiaries on the admission and discharge dates. The general rule is that the technical component (TC) of radiology services provided during an inpatient stay*

Cont. on next page

## Laboratorio

hospitalización de un paciente, lo puede facturar solamente el hospital que realiza la admisión. Los suplidores de Radiología que suministran servicios a beneficiarios durante una hospitalización no pueden facturar al Contratista de la Parte B de Medicare por la porción del Componente Técnico (TC) del servicio.

Además, el TC de los servicios médicos de patología suministrados a pacientes hospitalizados lo puede facturar solamente el hospital que realiza la admisión. De acuerdo con el CR 5468 (Transmisión 1148, publicado el 5 de enero de 2007) a los laboratorios independientes se le impartieron instrucciones de que no pueden facturar por estos servicios a partir del 31 de diciembre de 2007. La excepción es que los servicios de imágenes y patología suministrados en la fecha de admisión y la fecha de alta por entidades diferentes al hospital que realiza la admisión, se pueden pagar por separado.

Además, observe que los Contratistas de la Parte B de Medicare y los A/B MACs no volverán a procesar reclamaciones que ya han sido procesadas, pero sí ajustarán reclamaciones previamente procesadas si los proveedores afectados llevan dichas reclamaciones a la atención de sus Contratistas de la Parte B de Medicare o A/B MACs.

### Información Adicional

Para detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial (CR5675), enviada a su Contratista de la Parte B de Medicare o A/B MAC. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1295CP.pdf>.

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

El CR5347 implementó un proceso para prevenir el pago de servicios de radiología TC prestados a pacientes hospitalizados por cualquier entidad diferente al hospital que hace la admisión. Puede evaluar este CR en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5347.pdf>.

## Laboratory

*may be billed only by the admitting hospital. Radiology suppliers that render services to beneficiaries in an inpatient stay may not bill the Medicare carrier for the technical portion of the service.*

*Also, the TC of physician pathology services provided to a hospital inpatient may be billed only by the admitting hospital. Independent laboratories have been instructed that they may not bill for these services after December 31, 2007 per CR 5468 (Transmittal 1148, issued Jan 5, 2007). The exception is that imaging and pathology services performed on the admission date and discharge date by entities other than the admitting hospital are separately payable.*

*Also, note that carriers and A/B MACs will not reprocess claims already processed, but they will adjust previously processed claims if affected providers bring such claims to the attention of their carrier or A/B MAC.*

### Additional Information

*For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5675) issued to your Medicare carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1295CP.pdf> on the CMS website.*

*If you need more information, please call 1-877-715-1921.*

*CR 5347 implemented a process to prevent payments of the TC of radiology services furnished to an inpatient of a hospital by any entity other than the admitting hospital. This CR may be reviewed by clicking on <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5347.pdf> on the CMS website.*

Pub. MLN5675 / Trans R1295CP / CR5675 / 07-13-07 / mlv dlf

## Medicamentos

### USO FUERA DE ETIQUETA DE MEDICAMENTOS ANTI-CÁNCER:

LITERATURA MÉDICA UTILIZADA PARA DETERMINAR INDICACIONES MÉDICAMENTE ACEPTADAS PARA MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO ANTI-CÁNCER

#### Proveedores Afectados

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

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo sólo tiene propósitos informativos y se basa en el CR 5729, el cual revisa el *Medicare Benefit Policy Manual* (Capítulo 15, Sección 50.4.5 [Uso fuera de etiqueta de medicamentos anti-cáncer]). El CR 5729 añade 11 publicaciones evaluadas por colegas a la lista existente de 15 publicaciones evaluadas por colegas para determinar indicaciones médicamente aceptadas de medicamentos y biológicos utilizados para el tratamiento anti-cáncer. Los contratistas de Medicare que procesan reclamaciones de Medicare utilizan esta lista de publicaciones médicas para determinar si existe evidencia clínica que apoye el uso de un medicamento en particular en el tratamiento de beneficiarios de Medicare. Ninguna de las 15 publicaciones existentes se está eliminando en este momento.

#### Trasfondo

La Ley de Seguro Social (Sección 1861(t)(2)(B)(ii)(II); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1861.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.htm)) establece que “el contratista que está involucrado es el que determina, basado en las guías provistas por el Secretario a los Contratistas para determinar usos aceptados de medicamentos, que dicho uso es médicamente aceptado a base de la evidencia clínica de apoyo en la literatura médica evaluada por colegas que aparece en publicaciones que han sido identificadas por el Secretario para propósitos de esta sub-cláusula”.

## Drugs

### UNLABELED USE FOR ANTI-CANCER DRUGS:

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

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

*This article is informational only and it is based on Change Request (CR) 5729, which revises the Medicare Benefit Policy Manual, (Chapter 15, Section 50.4.5 (Unlabeled Use for Anti-Cancer Drugs)). CR 5729 adds 11 peer-reviewed medical journals to the existing list of 15 peer-reviewed medical journals used to determine medically accepted indications for drugs and biologicals used in Anti-Cancer Treatment. Medicare contractors processing Medicare claims use this list of medical journals to determine whether there is supportive clinical evidence for a particular use of a drug in the treatment of Medicare beneficiaries. None of the 15 existing peer-reviewed medical journals are being deleted at this time.*

#### Background

*The Social Security Act (Section 1861(t)(2)(B)(ii)(II); [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1861.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.htm)) states that “the carrier involved determines, based upon guidance provided by the Secretary to carriers for determining accepted uses of drugs, that such use is medically accepted based on supportive clinical evidence in peer reviewed medical literature appearing in publications which have been identified for purposes of this subclause by the Secretary.”*

Cont. on next page



## Medicamentos

Por lo tanto, la Sección 50.4.5 del *Medicare Benefit Policy Manual* (Capítulo 15, Sección 50.4.5; (<http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>) enumera 15 publicaciones evaluadas por colegas que un Contratista de Medicare debe usar para determinar “si existe evidencia clínica de apoyo para el uso de un medicamento en particular”.

Estas 15 publicaciones médicas evaluadas por colegas incluyen:

- *American Journal of Medicine*
- *Annals of Internal Medicine*
- *The Journal of the American Medical Association*
- *Journal of Clinical Oncology*
- *Blood*
- *Journal of the National Cancer Institute*
- *The New England Journal of Medicine*
- *British Journal of Cancer*
- *British Journal of Hematology*
- *British Medical Journal*
- *Cancer*
- *Drugs*
- *European Journal of Cancer* (antes conocido como *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*);
- *Lancet*; y
- *Leukemia*

En cartas con fecha del 21 de mayo de 2003 (carta del 2003), y 4 de mayo de 2006 (carta del 2006), la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO por sus siglas en inglés) notó que esta lista de 15 publicaciones fue creada en el 1993, y que no se había revisado desde entonces. ASCO solicitó formalmente a CMS que revisara esta lista de 15 publicaciones mediante la inclusión de 14 publicaciones adicionales.

El personal de CMS llevó a cabo una evaluación de las publicaciones mencionadas en la petición de ASCO. Además, CMS consultó de manera informal a los expertos en oncología del Instituto Nacional del Cáncer (NCI por sus siglas en inglés) en el Instituto Nacional de la Salud (NIH por sus siglas en inglés) y del Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos de la Administración Federal de

## Drugs

Accordingly, Section 50.4.5 of the *Medicare Benefit Policy Manual* (Chapter 15, Section 50.4.5; (<http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>) lists 15 peer-reviewed journals that a Medicare contractor must use to determine “whether there is supportive clinical evidence for a particular use of a drug.”

These 15 peer-reviewed medical journals include:

- *American Journal of Medicine*
- *Annals of Internal Medicine*
- *The Journal of the American Medical Association*
- *Journal of Clinical Oncology*
- *Blood*
- *Journal of the National Cancer Institute*
- *The New England Journal of Medicine*
- *British Journal of Cancer*
- *British Journal of Hematology*
- *British Medical Journal*
- *Cancer*
- *Drugs*
- *European Journal of Cancer* (formerly *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*);
- *Lancet*; and
- *Leukemia*

In letters dated May 21, 2003 (2003 letter) and May 4, 2006 (2006 letter) the American Society of Clinical Oncology (ASCO) noted that this list of 15 journals was created in 1993, and it has not been revised since that time. ASCO formally submitted requests for the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to revise the list of 15 journals by adding 14 more journals.

CMS staff conducted a review of the journals listed in the ASCO requests. In addition, CMS informally consulted oncology experts from the National Cancer Institute (NCI) at the National Institutes of Health (NIH) and from the Center for Drug Evaluation and Research at the Food

Cont. on next page

## Medicamentos

Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), a fin de solicitar sus opiniones acerca de las publicaciones recomendadas por ASCO. CMS también dio avisos públicos y solicitó comentarios del público a través de una publicación en el sitio Web de CMS ([http://www.cms.hhs.gov/mcd/ncpc\\_view\\_document.asp?id=9](http://www.cms.hhs.gov/mcd/ncpc_view_document.asp?id=9)) desde el 27 de octubre de 2006 hasta el 26 de diciembre de 2006. El memorando sobre la decisión de CMS sobre este asunto también se publicó en ese sitio Web. El personal de CMS integró la data de su evaluación y de las fuentes antes mencionadas a su decisión final, para añadir las siguientes 11 publicaciones a la lista actual de 15 publicaciones a la sección 50.4.5 del *Medicare Benefit Policy Manual*.

- *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 the National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*;
- *Radiation Oncology*;
- *Annals of Surgical Oncology*;
- *Journal of Urology*; y
- *Lancet Oncology*.

Los Contratistas de Medicare no están obligados a mantener copias de estas publicaciones. Si una reclamación da lugar a una pregunta sobre el uso de un medicamento para un propósito no incluido en las indicaciones aprobadas por la FDA, o en el compendio, el Contratista le pedirá al médico que someta copias de la literatura de apoyo relevante.

### Información Adicional

El CR5729 es la instrucción oficial enviada a su Contratista y A/B MAC sobre este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R78BP.pdf>.

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

## Drugs

*and Drug Administration (FDA) to request their opinions about the ASCO-recommended journals. CMS also provided public notice and solicited public comment through a CMS website posting from October 27, 2006, through December 26, 2006 ([http://www.cms.hhs.gov/mcd/ncpc\\_view\\_document.asp?id=9](http://www.cms.hhs.gov/mcd/ncpc_view_document.asp?id=9)). The CMS decision memorandum on this issue has also been posted at this Web site. CMS staff integrated the data from its review and from the above sources into its final decision to add the following 11 journals to the current list of 15 journals at section 50.4.5 of the Medicare Benefit Policy Manual:*

- *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 the National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*;
- *Radiation Oncology*;
- *Annals of Surgical Oncology*;
- *Journal of Urology*; and
- *Lancet Oncology*.

*Medicare carriers are not required to maintain copies of these publications. If a claim raises a question about the use of a drug for a purpose not included in the FDA-approved labeling or the compendia, the carrier will ask the physician to submit copies of relevant supporting literature.*

### Additional Information

*The official instruction, CR5729, issued to your carrier and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R78BP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MM5729 / Trans R78BP / CR5729 / 09-21-07 / mlv rrc

## Medicamentos

### RESPUESTA AL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) PARA RECLAMACIONES DE MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE LA PARTE B CUANDO SE RECIBE EL CÓDIGO DE ERROR 69XD DEL SISTEMA CWF DE MEDICARE

#### Proveedores Afectados

Médicos participantes del Programa de Adquisición Competitiva (CAP por sus siglas en inglés) y otros proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por medicamentos y biológicos de la Parte B pagaderos bajo el CAP.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Si usted somete el mismo número de la orden de la receta más de una vez en una reclamación CAP, su Contratista o A/B MAC devolverá la reclamación completa como *no procesable*.

El CR5658, del cual se extrae este artículo, les da instrucciones a los Contratistas de la Parte B y A/B MACs para que devuelvan las reclamaciones CAP que se reciban con números de la orden de receta duplicados, como *no procesables*.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina se encuentra informado, a fin de que no sometan el mismo número de la orden de la receta más de una vez en reclamaciones CAP. Tampoco deben hacer uso del modificador JW en las reclamaciones CAP, de acuerdo a lo establecido en el CR5658.

#### Trasfondo

Los Contratistas y A/B MACs reciben un código de error cuando se somete el mismo número de orden de receta más de una vez en una reclamación CAP. Esta inclusión de números de la orden de la receta duplicados en una sola reclamación puede suceder, por ejemplo, cuando:

## Drugs

### RESPONSE TO COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) FOR PART B DRUGS AND BIOLOGICALS CLAIMS WHEN THE MEDICARE SYSTEM COMMON WORKING FILE (CWF) 69XD ERROR CODE IS RECEIVED

#### Provider Types Affected

*Participating CAP physicians and other providers billing Medicare carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for Part B drugs and biologicals under the Competitive Acquisition Program (CAP).*

#### Provider Action Needed

*If you submit the same prescription order number more than once on a single CAP claim, your carrier or A/B MAC will return the entire claim as unprocessable.*

*CR 5658, from which this article is taken, instructs carriers and A/B MACs to return as unprocessable CAP claims received with duplicate prescription order numbers.*

*Make sure that your billing staffs are aware that they should not submit the same prescription order number more than once on a CAP claim, nor should they use the JW modifier on CAP claims, per CR5658.*

#### Background

*Carriers and A/B MACs receive an error code when the same prescription order number is submitted more than once on a CAP claim. This inclusion of duplicate prescription order numbers on a single claim can happen, for example, when:*

Cont. on next page

## Medicamentos

- El proveedor está codificando un medicamento descartado utilizando el modificador JW, y ha repetido el número de orden de la receta en la línea de disposición.
- Las unidades suministradas para el medicamento exceden las 999 y el balance de las unidades se codifican en una línea adicional con el número de orden de la receta repetido; o
- El proveedor ha sometido más de una línea en la misma reclamación con la misma fecha de servicio, o diferentes fechas de servicio, utilizando el mismo número de orden de receta (aún cuando las unidades no excedan las 999).

Como respuesta a este código de error, los Contratistas y A/B MACs devolverán las reclamaciones como *no procesables* utilizando los siguientes mensajes de Código de Razón de Ajuste de Reclamación en el Aviso de Remesa (CARC por sus siglas en inglés) y de Código de Comentario de Aviso de Remesa (RARC por sus siglas en inglés):

- CARC 16: La reclamación/servicio carece de información que es necesaria para la adjudicación. Se suministra información adicional utilizando los códigos de comentario de aviso de remesa siempre que se considere apropiado. Este cambio entró en vigor el 1 de abril de 2007. Se debe proveer, por lo menos, un Código de Comentario (que puede estar compuesto ya sea mediante el Código de Comentario de Aviso de Remesa (RARC) o el Código de Razón de Denegación NCPDP).
- Mensaje MA130: Su reclamación contiene información incompleta y/o inválida, y no se le conceden derechos de apelación porque su reclamación no es procesable. Por favor, someta una nueva reclamación con la información completa/correcta.
- Nuevo RARC N389: Se sometió un número de receta duplicado.
- RARC M16: Para más detalles concernientes a esta política/procedimiento/decisión, visite nuestro sitio Web, o refiérase a nuestros boletines u otros materiales informativos enviados por correo.

## Drugs

- *The provider is coding wastage of the drug using the JW modifier, and has repeated the prescription order number on the wastage line;*
- *The units provided for the drug exceed 999 and the balance of the units are coded on an additional line with a repeat of the prescription order number; or*
- *The provider has submitted more than one line on the same claim with the same or different dates of service using the same prescription order number (even when the units do not exceed 999).*

*In response to this error code, carriers and A/B MACs will return the claims as unprocessable, using the following Remittance Advice Claim Adjustment Reason Code (CARC) and Remittance Advice Remark Code (RARC) messages:*

- *CARC 16: Claim/service lacks information which is needed for adjudication. Additional information is supplied using remittance advice remark codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007. At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code).*
- *Message MA130: Your claim contains incomplete and/or invalid information, and no appeal rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.*
- *New RARC N389: Duplicate prescription number submitted.*
- *RARC M16: Please see our website, mailings, or bulletins for more details concerning this policy/procedure/decision.*

Cont. on next page



## Medicamentos

Finalmente, el CR5658 elimina del CR4309, publicado el 17 de febrero de 2006, las instrucciones que trataban sobre el uso del modificador JW para medicamentos no utilizados, para indicar la facturación por la parte no utilizada de un medicamento de uso único bajo el Programa CAP.

Las reclamaciones de medicamentos suministrados bajo el CAP y sometidas con el modificador JW serán tratadas como *no procesables*. Este CR no afecta el uso del modificador JW para reclamaciones no relacionadas con el Programa CAP.

### Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5658), enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1313CP.pdf>.

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

Pub. MLN5658 / Trans R1313CP / CR5658 / 07-23-07 / mlv rrc

## Drugs

*In order to resolve the issue of units that exceed 999, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will be working with the approved CAP vendor to issue additional prescription order numbers when the units of the drug exceed 999.*

*Finally, CR 5658 rescinds (from CR 4309, issued on February 17, 2006) the instructions that addressed applying the unused drug modifier (JW) to indicate billing for the unused portion of a single-use drug product under the CAP. Claims for drugs provided under CAP submitted with the JW modifier will be treated as unprocessable. This CR does not affect the use of the JW modifier for non CAP claims.*

### Additional Information

*You can find the official instruction, CR5658, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1313CP.pdf> on the CMS website.*

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

## NOTIFICACIÓN DEL PERÍODO DE ELECCIÓN DEL 2008 PARA MÉDICOS DEL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) PARA MEDICAMENTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE

### Proveedores Afectados

Médicos participantes del Programa de Adquisición Competitiva (CAP) para Medicamentos y Biológicos, y médicos que quisieran participar del programa durante el año 2008.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) llevarán a cabo el proceso de elección de médicos del Programa de Adquisición Competitiva (CAP) comenzando el 1 de octubre de 2007 y concluyendo el 15 de noviembre de 2007. **Los médicos que participan**

## NOTIFICATION OF THE 2008 PHYSICIAN ELECTION PERIOD FOR THE PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP)

### Provider Types Affected

*Physicians participating in the CAP for Part B Drugs and Biologicals and physicians who would like to participate in the program during 2008.*

### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will hold the 2008 Part B Drug Competitive Acquisition Program (CAP) physician election period beginning on October 1, 2007 and concluding on November 15, 2007. **Current***

*Cont. on next page*

## Medicamentos

actualmente del CAP deben solicitar re-elección para el año 2008, si es que desean permanecer en el programa. Los médicos proveedores de Medicare interesados también pueden escoger participar en el CAP durante este período de tiempo. **Los nuevos médicos proveedores de Medicare pueden someter su solicitud de participación del CAP durante el período de elección de otoño, o en cualquier momento dentro de los 90 días siguientes a su inscripción como proveedores de Medicare.**

### Lo Que Usted Necesita Saber

Para participar del CAP en 2008, visite el sitio Web del CAP y vea la lista de medicamentos CAP. Descargue el formulario de Acuerdo de Elección de Médicos 2008, complete el formulario y sométalo a su Contratista Local de Medicare o Contratista Administrativo de Medicare (A/B MAC por sus siglas en inglés). Todas las solicitudes deben recibirse con evidencia de envío por correo, no más tarde del 15 de noviembre de 2007. El Acuerdo de Elección de Médicos 2008 tendrá vigencia del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008.

### Trasfondo

Este artículo contiene información sobre el Programa de Adquisición Competitiva (CAP). El CAP funciona bajo el mandato del *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* del 2003 (MMA, Sección 303(d)), el cual requiere la implementación del programa CAP para Medicamentos y Biológicos no pagaderos a base del costo o de un sistema prospectivo de pago. Puede revisar el MMA, Sección 303(d), en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/303d.pdf>.

El CAP es una alternativa al sistema de Precio Promedio de Venta (ASP por sus siglas en inglés) para obtener medicamentos para Medicare. El CAP está abierto a los médicos proveedores de Medicare que administran medicamentos bajo la provisión "incidental a" en sus oficinas. El término "médico" incluye a individuos que están autorizados a proveer

## Drugs

***participating CAP physicians must re-elect for the 2008 year if they would like to remain in the program. Interested Medicare physicians may elect to participate in CAP during this timeframe as well. New Medicare physicians may submit an application for CAP during the fall election period or anytime within 90 days from their enrollment into Medicare.***

### What You Need to Know

*To participate in CAP in 2008, go to the CAP website and view the CAP drug list. Download the Physician 2008 Election Agreement Form, complete the form, and submit it to your local Medicare carrier or Medicare*

*Administrative Contractor (A/B MAC). All submissions must be postmarked by November 15, 2007. The 2008 Physician Election Agreement will be effective January 1, 2008 through December 31, 2008.*

### Background

*This article contains information about the Competitive Acquisition Program (CAP). The CAP is mandated by the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA, Section 303 (d)), which requires the implementation of a CAP for Medicare Part B drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment system basis. You can review the MMA, Section 303(d) at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/303d.pdf> on the CMS website.*

*CAP is an alternative to the Average Sales Price (ASP) system of obtaining drugs for Medicare. The CAP is open to Medicare physicians who administer drugs under the "incident to" provision in their offices. The term "physician" includes individuals who are authorized to provide services under the Social*

Cont. on next page

## Medicamentos

servicios bajo la Ley de Seguro Social y quienes pueden, dentro del alcance de la práctica de sus respectivos estados, recetar y ordenar medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Los médicos pueden comprar los medicamentos y facturarlos bajo el sistema ASP, o a través del CAP, obtener medicamentos de un Suplidor CAP Autorizado que ha sido seleccionado mediante un proceso de licitación competitiva.

La lista de medicamentos CAP incluye cerca de 190 medicamentos de la Parte B que pueden administrarse mediante inyección o infusión. La lista de medicamentos CAP se encuentra disponible en la sección de “descargas” (downloads) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS CAP: [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15\\_Approved\\_Vendor.asp](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15_Approved_Vendor.asp). Asegúrese de seleccionar la lista de medicamentos más reciente.

Este artículo anuncia el período de elección anual de médicos del 2008.

### **Elección Anual de Médicos del CAP**

El periodo anual de elección de médicos del 2008 del CAP comenzó el 1 de octubre de 2007 y concluyó el 15 de noviembre de 2007. **Para comenzar a participar del CAP a partir del 1 de enero de 2008, el formulario de Acuerdo de Elección de Médicos de 2008 debe tener matasellos de correo del 15 de noviembre o antes, y debe enviarse por correo a su Contratista de la Parte B Local. Por favor, no envíe el formulario de elección por correo antes del 1 de octubre de 2007.**

**Los médicos que actualmente participan del CAP deben reelegir anualmente** durante el periodo anual de reelección, si es que desean continuar participando del CAP. Los nuevos médicos proveedores de Medicare tienen 90 días para decidir si participan del CAP.

Los médicos que actualmente no participan del CAP y que no desean participar en este momento, no tienen que tomar acción alguna.

## Drugs

*Security Act and who can, within their State's scope of practice, prescribe and order drugs covered under Medicare Part B. Physicians can buy and bill drugs under the Average Sales Price (ASP) system or, through CAP, obtain drugs from an Approved CAP Vendor that has been selected in a competitive bidding process.*

*The CAP drug list includes nearly 190 injectable and infused Part B drugs. A list of the CAP drugs is available in the Downloads section of the following CMS CAP webpage: [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15\\_Approved\\_Vendor.asp](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15_Approved_Vendor.asp). Be sure to select the most recent list of drugs.*

*This article announces the 2008 annual physician election period.*

### **Annual CAP Physician Election**

*The 2008 annual fall physician election period for CAP will begin on October 1, 2007 and will conclude on November 15, 2007. **To begin participating in CAP effective January 1, 2008, the 2008 Physician Election Agreement Form must be postmarked by November 15, 2007 and mailed to your local carrier. Please do not mail election forms before October 1, 2007.***

***Current participating CAP physicians must re-elect yearly** during the annual fall election period if they wish to continue participating in CAP. New Medicare physicians have 90 days to elect into the CAP.*

*Physicians who are not currently participating in CAP and who do not wish to participate in CAP at this time are not required to take any action.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Los médicos/grupos deben someter el formulario de Acuerdo de Elección de Médicos del CAP por correo a su **Contratista Local o A/B MAC**. En la dirección del destinatario, incluya: "ATENCIÓN: CAP PHYSICIAN ELECTION". La dirección de su Contratista Local o A/B MAC de Medicare se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/contact\\_list.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/contact_list.pdf).

### Información Adicional

Si desea información adicional sobre el proceso de elección, evalúe el CR4404 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R932CP.pdf>. También existe un artículo relacionado en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf>.

Para más información sobre el CAP y cómo escoger participar en el programa, visite el sitio Web del CAP: [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02\\_infophys.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp#TopOfPage).

**El formulario de Acuerdo de Elección de Médicos y la Guía para Elección de Médicos se encuentra disponible al pie de esa página, en la sección de descargas ("downloads").**

Se exhorta a los médicos participantes del CAP a que se unan al "listserve" dedicado al CAP, CMS-CAP-PHYSICIANS-L, para poder recibir información pertinente y actualizada sobre el CAP. Por favor, vea la sección "Related Links Inside CMS" en la sección "Information for Physicians" de esa página, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02\\_infophys.asp](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp).

## Drugs

*Physicians/groups must return a completed CAP Physician Election Agreement form by mail to their **local carrier or A/B MAC**. Include "ATTENTION: CAP PHYSICIAN ELECTION" in the address. The address for your local Medicare carrier or A/B MAC may be found at [http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/contact\\_list.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/contact_list.pdf) on the CMS website.*

### Additional Information

*For additional information on the election process, please review CR4404 at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R932CP.pdf> and its related article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf> on the CMS website.*

*For more information on CAP and how to elect to participate in the program, please visit the CAP website at [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02\\_infophys.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp#TopOfPage).*

***The Physician Election Guide and Physician Election Agreement Form can be found at the bottom of that page in the "Downloads" section.***

*Participating CAP Physicians are encouraged to join the dedicated CAP listserv, CMS-CAP-PHYSICIANS-L, in order to receive pertinent and timely information regarding the CAP program. Please view the "Related Links Inside CMS" section on the "Information for Physicians" page at [http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02\\_infophys.asp](http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp) on the CMS website.*

Pub. SE0737 mlv rrc



## Medicamentos

### **PAGO PERMITIDO PARA LAS VACUNAS DEL VIRUS DE LA INFLUENZA Y LA VACUNA DE NEUMOCOCO CUANDO EL PAGO SE BASA EN UN 95 POR CIENTO DEL PRECIO PROMEDIO DE VENTA AL POR MAYOR (AWP, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Esta notificación anual provee los pagos permitidos para la vacuna del virus de la influenza y la vacuna de neumococo cuando el pago se basa en un 95 por ciento del precio promedio de venta al por mayor (AWP).

Los límites de pago permitidos por la Parte B de Medicare para las vacunas de influenza y neumococo son el 95 por ciento del AWP según lo refleja el compendio publicado excepto cuando la vacuna se ofrece en el departamento ambulatorio del hospital. Cuando la vacuna se administra en el departamento ambulatorio del hospital el pago de la vacuna se basa en el costo razonable.

Esta actualización de la notificación provee el pago permitido para las siguientes vacunas del virus de influenza: códigos CPT 90655, 90656, 90657, 90658 y 90660 al igual que la vacuna de neumococo: códigos CPT 90732 y 90669, cuando el pago se basa en el 95 por ciento del AWP.

El pago permitido de Medicare Parte B en estas situaciones para el CPT 90655 es \$16.109, para el CPT 90656 es \$17.366, para el CPT 90657 es \$6.609 y para el CPT 90658 es \$13.218, vigente el 1 de septiembre de 2007.

El CPT 90660 (FluMist, vacuna de influenza nasal) podría estar cubierto si el contratista local que procesa la reclamación determina que es médicamente razonable y necesario para el beneficiario. Cuando el pago se basa en un 95 por ciento del AWP, el pago permitido de Medicare Parte B para el CPT90660 es \$21.176, vigente el 1 de septiembre de 2007.

## Drugs

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

*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.*

*The Medicare Part B payment allowance limits for influenza and pneumococcal vaccines are 95 percent of the AWP as reflected in the published compendia except where the vaccine is furnished in a hospital outpatient department. Where the vaccine is furnished in the hospital outpatient department, payment for the vaccine is based on reasonable cost.*

*This recurring update notification provides the payment allowances for the following influenza virus vaccines: CPT codes 90655, 90656, 90657, 90658, and 90660 as well as the pneumococcal vaccine: CPT codes 90732 and 90669, when payment is based on 95 percent of the AWP.*

*The Medicare Part B payment allowance in these situations for CPT 90655 is \$16.109, for CPT 90656 is \$17.366, for CPT 90657 is \$6.609, and for CPT 90658 is \$13.218, effective September 1, 2007.*

*CPT 90660 (FluMist, a nasal influenza vaccine) may be covered if the local claims processing contractor determines its use is medically reasonable and necessary for the beneficiary. When payment is based on 95 percent of the AWP, the Medicare Part B payment allowance for CPT 90660 is \$21.176, effective September 1, 2007.*

Cont. on next page

## Medicamentos

El pago permitido de Medicare Parte B para la vacuna de neumococo código CPT 90732 es \$29.730 y para el código CPT 90669 es \$78.803, vigente el 1 de septiembre de 2007.

El deducible anual de la Parte B y el coaseguro no aplican. Todos los médicos, practicantes y proveedores que administren la vacuna del virus de la influenza y la vacuna de neumococo deben aceptar la asignación en la reclamación para la vacuna.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5744.pdf>.

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

## Drugs

*The Medicare Part B payment allowance for the pneumococcal vaccine CPT code 90732 is \$29.730, and for CPT code 90669 is \$78.803, effective September 1, 2007.*

*Annual Part B deductible and coinsurance amounts do not apply. All physicians, non-physician practitioners and suppliers who administer the influenza virus vaccination and the pneumococcal vaccination must take assignment on the claim for the vaccine.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5744.pdf> on the CMS website.*

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

CR5744/Trans.R1357CP/MM5744/mar

### ARCHIVO TRIMESTRAL DE ENERO 2008 DEL PRECIO PROMEDIO DE VENTA (ASP) PARA MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B Y REVISIONES A LOS ARCHIVOS TRIMESTRALES PREVIOS

La petición de cambio (CR) 5852, de la cual se tomó este artículo, provee instrucciones al contratista de Medicare para descargar e implementar el archivo de Precio Promedio de Venta de enero 2008 para medicamentos de Medicare Parte B; y si CMS los publica, además los archivos revisados de enero 2007, abril 2007, julio 2006 y octubre 2006.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5852.pdf>.

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

### JANUARY 2008 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES AND REVISIONS TO PRIOR QUARTERLY PRICING FILES

*CR 5852, from which this article is taken, instructs Medicare contractors to download and implement the January 2008 Average Sales Price (ASP) drug pricing file for Medicare Part B drugs; and if released by CMS, also the revised January 2007, April 2007, July 2007, October 2007, April 2006, July 2006, and October 2006 files.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5852.pdf> on the CMS website.*

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

CR5852/Trans. R1406CP/MM5852 ab

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### SISTEMA REVISADO DE PAGO PARA CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC) EN EL AÑO CALENDARIO 2008

#### Proveedores Afectados

Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (MACs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

#### Cómo le Afecta a Usted

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), en cumplimiento con el *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* del 2003 (MMA por sus siglas en inglés), está implementando revisiones significativas al sistema de pago para servicios de ASC comenzando con los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

CMS emitió una reglamentación final (disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04\\_CMS-1517-F.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04_CMS-1517-F.asp#TopOfPage)) que describe el sistema de pago revisado. Comenzando en el Año Calendario 2008, el sistema de pago revisado ASC proveerá una transición a las tarifas revisadas para los servicios de ASC que están actualmente cubiertos a través de tres años de pagos transicionales. Los pagos transicionales se basan en una combinación de las tarifas de pago del sistema existente y las tarifas revisadas de pago calculadas de acuerdo a la metodología del sistema de pago revisado. CMS también emitió una reglamentación propuesta combinada OPPS/ASC (disponible en el sitio Web de CMS en: [http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05\\_CMS-1392\\_P\(ASC\).asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05_CMS-1392_P(ASC).asp#TopOfPage)) que propone actualizaciones a las tarifas de pago y otra información pertinente de asignación de tarifas para el Año Calendario 2008.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### REVISED PAYMENT SYSTEM FOR AMBULATORY SURGICAL CENTERS (ASC) IN CALENDAR YEAR (CY) 2008

#### Provider Types Affected

*Ambulatory Surgical Centers (ASCs) billing Medicare contractors (carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (MACs)) for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), pursuant to the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), is implementing significant revisions to the payment system for ASC services beginning with services rendered on or after January 1, 2008.*

#### What You Need to Know

*CMS has issued a final rule (available at [http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04\\_CMS-1517-F.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04_CMS-1517-F.asp#TopOfPage) on the CMS website) that describes the revised payment system. Beginning in CY 2008, the revised ASC payment system will provide a transition to the revised rates for currently covered ASC services through three years of transitional payments that are based on a blend of the payment rates from the existing system and the revised payment rates calculated according to the methodology of the revised payment system. CMS also has issued a combined OPPS/ASC proposed rule (available at [http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05\\_CMS-1392-P\(ASC\).asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05_CMS-1392-P(ASC).asp#TopOfPage) on the CMS website) that proposes updates to the payment rates and other pertinent ratesetting information for CY 2008.*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### Lo Que Usted Necesita Saber

Asegúrese que el personal encargado de facturación de su oficina está informado respecto al nuevo sistema y los requisitos de codificación del nuevo sistema a fin de asegurar un pago rápido y preciso. Para más detalles adicionales, refiérase al resto de este artículo y manténgase atento a otros artículos MLN Matters, según se implementa el sistema y se publican las tarifas de pago actualizadas de la reglamentación final del OPPTS/ASC para el Año Calendario 2008.

### Resumen

El 2 de agosto de 2007, CMS publicó una reglamentación final, CMS-1517-F ([http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04\\_CMS-1517-F.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04_CMS-1517-F.asp#TopOfPage)), estableciendo las políticas para el sistema de pago revisado para los ASCs. Esta reglamentación final fue seguida de la reglamentación propuesta CMS-1392-P ([http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05\\_CMS-1392-P\(ASC\).asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05_CMS-1392-P(ASC).asp#TopOfPage)), la cual propone el factor de conversión ASC para el Año Calendario 2008 ASC y las tarifas de pago ASC, en coordinación con la actualización al Sistema Prospectivo de Pago (OPPTS por sus siglas en inglés) para los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs).

La reglamentación final ASC reseña las políticas revisadas del sistema de pago ASC a ser implementadas a partir del 1 de enero de 2008. Tal como se recomendara en el informe *Government Accountability Office* de noviembre del 2006, sobre el pago a ASCs, CMS implementará el sistema revisado de pago a los ASCs haciendo uso del peso de los pagos relativos de OPPTS como guía.

Actualmente hay aproximadamente 4,600 ASCs registrados en Medicare. Los gastos totales de Medicare por pagos a los ASCs para el Año Calendario 2006 se estiman en alrededor de \$2.5 mil millones. Se espera que los gastos ASC de Medicare para el Año Calendario 2008 sean aproximadamente \$3 mil millones.

La reglamentación final expande grandemente los tipos de procedimientos que son elegibles para el pago de Medicare cuando se realizan en un medio ambiente ASC y también limita los

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### What You Need to Do

*Be sure your billing personnel are aware of the new system and the coding requirements of the new system in order to assure prompt and accurate payment. See the rest of this article for details and watch for additional MLN Matters articles as the CY 2008 OPPTS/ASC final rule with updated payment rates is published and the system is implemented.*

### Overview

*On August 2, 2007, CMS published a final rule, CMS-1517-F ([http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04\\_CMS-1517-F.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/04_CMS-1517-F.asp#TopOfPage)), establishing the policies for the revised payment system for ASCs. This final rule was followed by a proposed rule, CMS-1392-P ([http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05\\_CMS-1392-P\(ASC\).asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/05_CMS-1392-P(ASC).asp#TopOfPage)), that proposes the CY 2008 ASC conversion factor and proposed ASC payment rates, in coordination with the proposed hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPTS) update.*

*The ASC final rule outlines the policies for the revised ASC payment system to be implemented January 1, 2008. As recommended by the November 2006 Government Accountability Office report on ASC payment, CMS will implement the revised ASC payment system using OPPTS relative payment weights as a guide.*

*There are currently about 4,600 ASCs enrolled in Medicare. Total Medicare expenditures for CY 2006 payments to ASCs are estimated at about \$2.5 billion. Medicare ASC expenditures for CY 2008 are expected to be approximately \$3 billion.*

*The final rule greatly expands the types of procedures that are eligible for Medicare payment when performed in the ASC setting and also limits payments for procedures that*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

pagos para procedimientos que se realizan predominantemente en las oficinas de los médicos a la cantidad que se debería pagar por el costo de práctica de una instalación no-hospitalaria (PE por sus siglas en inglés) bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés). La reglamentación propuesta no incluye propuestas para cambiar estas políticas finales de pago ASC.

### Trasfondo

Desde el 1982, Medicare ha pagado por ciertos procedimientos quirúrgicos, incluyendo la remoción de cataratas, reemplazo de lentes, y colonoscopías, cuando se realizan en ASCs independientes (“free-standing”) o con base en hospital. Actualmente, Medicare paga por más de 2,500 procedimientos quirúrgicos en la lista de procedimientos aprobados en ASC, basado en una tarifa fija sencilla que comprende nueve tarifas de pago no ajustadas determinadas prospectivamente. Las tarifas de los nueve grupos de pago, antes del ajuste de la “limitación en pagos”, varían desde \$333 a \$1,339. Los pagos de proveedores incluyen un ajuste por separado para variaciones geográficas de salario. Medicare realiza pago separado a médicos por servicios profesionales. A las tarifas de pago ASC se les calculó una tarifa base por última vez en marzo de 1990 usando datos de costo, datos de cargo y de utilización de una encuesta de costos de los ASCs de 1986.

Con la aprobación del MMA, el Congreso de los Estados Unidos requiere que CMS revise el sistema de pago ASC no más tarde del 1 de enero de 2008. En agosto del 2006, CMS emitió una reglamentación que comprendía cambios propuestos a las políticas OPSS y a las tarifas de pago para el Año Calendario 2007, y la nueva metodología de pago propuesta para los ASCs. Las estipulaciones OPSS y ASC del Año Calendario 2007 finalizaron en noviembre del 2006, y las políticas ASC para el Año Calendario 2008 relacionadas al sistema de pago revisado concluyeron en la reglamentación final del 2 de agosto de 2007.

### Estipulaciones en la Reglamentación Final y Propuesta

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*are performed predominantly in physicians' offices to the amount that would be paid for the non-facility practice expense (PE) under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS). The proposed rule includes no proposals to change these final ASC payment policies.*

### Background

*Since 1982, Medicare has paid for certain surgical procedures, including cataract removal, lens replacement, and colonoscopies, when performed in freestanding or hospital-based ASCs. Currently, Medicare pays for more than 2,500 surgical procedures on the ASC approved list, based on a simple fee schedule comprised of nine unadjusted prospectively determined payment rates. The rates of the nine payment groups, prior to the “limitation on payments” adjustment, range from \$333 to \$1339. Provider payments include a separate adjustment for geographic wage variations. Medicare makes a separate payment to physicians for professional services. ASC payment rates were last rebased in March 1990 using cost, charge, and utilization data from a 1986 survey of ASC costs.*

*With the passage of the MMA, Congress required CMS to revise the ASC payment system no later than January 1, 2008. In August of 2006, CMS issued a proposed rule encompassing proposed changes to OPSS policies and payment rates for CY 2007 and the proposed new payment methodology for ASCs. The OPSS and CY2007 ASC provisions were finalized in November 2006, and the CY 2008 ASC policies related to the revised payment system were finalized in the August 2, 2007 final rule.*

### Provisions in the Final and Proposed Rules

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### Lista Expandida de los Procedimientos ASC

En la reglamentación final ASC, CMS expande el acceso a los procedimientos en un medio ambiente ASC proveyendo pago ASC para aproximadamente 790 procedimientos quirúrgicos adicionales en el Año Calendario 2008. CMS excluye del sistema de pago ASC de Medicare solo aquellos procedimientos quirúrgicos que determinan que presentaran un riesgo significativo de seguridad a los beneficiarios o que se espera que requieran una estadía de una noche después del procedimiento en el ASC.

CMS continúa identificando procedimientos quirúrgicos como aquellos incluidos por la Asociación Médica Americana (AMA por sus siglas en inglés) dentro de la gama de códigos quirúrgicos CPT. CMS también incluye dentro del alcance de procedimientos quirúrgicos aquellos servicios que se describen en los códigos alfanuméricos HCPCS (códigos HCPCS Nivel II) o códigos CPT Categoría III, que se correlacionan directamente o que son clínicamente similares a los procedimientos en la gama de códigos CPT quirúrgicos.

En la reglamentación OPSS/ASC propuesta para el Año Calendario 2008, CMS propone hacer algunas revisiones a la lista de procedimientos quirúrgicos cubiertos, añadiendo ciertos procedimientos a la lista y actualizando la lista de servicios suplementarios cubiertos en coordinación con la actualización propuesta al OPSS. Además, basado en la revisión de la más reciente información de utilización, se propone designar un número de procedimientos quirúrgicos recientemente añadidos para pago en el Año Calendario 2008 en la reglamentación final ASC como procedimientos "realizados en la oficina" y, por lo tanto, estarían sujetos al pago de la metodología "con base en la oficina" que CMS resume en la reglamentación final.

### Tarifas de Pago Revisadas

Las tarifas de pago ASC revisadas estarán basadas en las clasificaciones de pago ambulatorias (APCs por sus siglas en inglés) usadas para agrupar procedimientos bajo los OPSS. De acuerdo al MMA, el sistema de pago ASC revisado es de neutralidad presupuestaria.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### Expanded List of ASC Procedures:

*In the ASC final rule, CMS expands access to procedures in the ASC setting by providing ASC payment for approximately 790 additional surgical procedures in CY2008. CMS excludes from Medicare ASC payment only those surgical procedures determined to pose a significant safety risk to beneficiaries or that are expected to require an overnight stay following the procedure in the ASC.*

*CMS continues to identify surgical procedures as those listed by the American Medical Association (AMA) within the surgical range of Current Procedural Terminology (CPT) codes. CMS also includes within the scope of surgical procedures those services that are described by alphanumeric Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes (Level II HCPCS codes) or Category III CPT codes that directly crosswalk or are clinically similar to procedures in the CPT surgical range.*

*In the OPSS/ASC proposed rule for CY 2008, CMS proposes to make a few revisions to the list of covered surgical procedures by adding several procedures to the list and updating the list of covered ancillary services in coordination with the proposed OPSS update. In addition, based on review of the most recent utilization data, a number of surgical procedures newly added for payment in CY 2008 in the ASC final rule are proposed to be designated as office-based procedures in the proposed rule and, therefore, would be subject to the "office-based" payment methodology that CMS outlined in the final rule.*

### Revised Payment Rates:

*The revised ASC payment rates will be based on the ambulatory payment classifications (APCs) used to group procedures under the OPSS. Per the MMA, the revised ASC payment system is budget neutral. That is, the payment rates are*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

O sea, las tarifas de pago tienen como propósito asegurar que los gastos de Medicare bajo la metodología del sistema de pago revisado para los ASCs en el Año Calendario 2008 se aproximarán a los gastos que hubieran ocurrido en la ausencia del sistema de pago ASC revisado.

Para establecer el ajuste de neutralidad presupuestaria para el sistema de pago ASC revisado, CMS tomó en consideración la migración esperada de procedimientos quirúrgicos entre los ASCs, oficinas de médicos, y departamentos de pacientes ambulatorios de hospital (HOPDs por sus siglas en inglés). CMS presumió que aproximadamente el 25% del volumen HOPD de los procedimientos quirúrgicos ASC nuevos emigrarán de los hospitales a los ASCs durante los primeros dos años de implementación del sistema de pago ASC revisado y que el 15% del volumen de los procedimientos quirúrgicos ASC nuevos actualmente realizados en las oficinas de los médicos emigrarán a los ASC's durante los primeros cuatro años del sistema de pago ASC revisado. CMS no hace ninguna recomendación para revisar esta metodología en la reglamentación OPSS/ASC propuesta.

El detallado ajuste de neutralidad presupuestaria para el Año Calendario 2008 presentado en la reglamentación final está basado en aquellas suposiciones y OPSS estimados para el Año Calendario 2008 y las tarifas MPFS y todos los datos de utilización del Año Calendario 2005. El factor de ajuste de neutralidad presupuestaria ASC estimado para el Año Calendario 2008 en la reglamentación final es de un 67%. En la reglamentación propuesta, el factor de ajuste de neutralidad presupuestaria es algo menor, 65%, debido a los cambios propuestos a las tarifas de pago OPSS como resultado de la recalibración del APC, incluyendo la propuesta para expandir el tamaño de los paquetes de pago OPSS, así también, como el uso de las reclamaciones y la información de utilización del Año Calendario 2006. Basado en el factor de ajuste de neutralidad de presupuesto en la reglamentación propuesta, el factor de conversión ASC propuesto para el Año Calendario 2008 se calcula así:  $0.65 \times \$ 63.693$  (factor de conversión OPSS propuesto para el Año Calendario 2008) = \$ 41.400.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*intended to ensure that Medicare expenditures under the revised payment methodology for ASCs in CY 2008 will approximate the expenditures that would have occurred in the absence of the revised ASC payment system.*

*To establish the budget neutrality adjustment for the revised ASC payment system, CMS took into account the expected migration of surgical procedures among ASCs, physicians' offices, and hospital outpatient departments (HOPDs). CMS assumed that approximately 25 percent of the HOPD volume of new ASC surgical procedures will migrate from hospitals to ASCs during the first two years of implementation of the revised ASC payment system and that 15 percent of the volume of new ASC surgical procedures currently provided in physicians' offices will migrate to ASCs during the first four years of the revised ASC payment system. CMS makes no proposal to revise this methodology in the OPSS/ASC proposed rule.*

*The illustrative budget neutrality adjustment for CY 2008 in the final rule is based on those assumptions and estimated CY 2008 OPSS and MPFS rates and full CY 2005 utilization data. The estimated ASC CY 2008 budget neutrality adjustment factor in the final rule is 67 percent. In the proposed rule, the budget neutrality adjustment factor is somewhat lower, 65 percent, due to proposed changes in OPSS payment rates as a result of APC recalibration, including the proposal to expand the size of the OPSS payment bundles, as well as use of CY 2006 claims and utilization data. Based on the budget neutrality adjustment factor in the proposed rule, the proposed ASC conversion factor for CY 2008 is calculated as  $0.65 \times \$63.693$  (proposed CY 2008 OPSS conversion factor) = \$41.400.*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

El pago ASC estándar para la mayoría de los procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos se calcula como el producto del factor de conversión ASC estimado y el peso relativo de pago ASC (basado en el peso relativo de pago OPPS) para cada uno de los procedimientos pagados por separado. De acuerdo a la Sección 626 del MMA, los contratistas pagarán a los ASCs a base del menor entre el cargo real o la tarifa de pago ASC estándar.

Las tarifas de pago para procedimientos quirúrgicos que se realizan comúnmente en las oficinas de los médicos y para el componente técnico de los procedimientos complementarios de radiología no pueden exceder la cantidad del costo de práctica del MPFS para instalaciones no hospitalarias. Los pagos a los ASCs para procedimientos quirúrgicos cubiertos y ciertos servicios complementarios cubiertos se ajustan geográficamente usando los valores de índice de salario de pre-reclasificación del Sistema de Pago Prospectivo de Paciente Hospitalizado (IPPS por sus siglas en inglés), con el 50% como el factor de relacionado al trabajo.

### Implementación y Actualizaciones

Hay un período de transición de cuatro años para la implementación de las tarifas para procedimientos en la lista de procedimientos ASC cubiertos en el Año Calendario 2007. Para estos procedimientos, el pago se basará en una combinación de las tarifas de pago ASC revisadas y las tarifas ASC vigentes. Por lo tanto, para el Año Calendario 2008, las tarifas de pago para procedimientos sujetos a la transición se componen de una combinación 25/75, específicamente el 25% de las tarifas ASC revisadas del Año Calendario 2008, más el 75% de la tarifa ASC del Año Calendario 2007; en el Año Calendario 2009, la proporción cambiará a 50/50; y para el Año Calendario 2010 será de un 75/25. Comenzando en el Año Calendario 2011, las tarifas de pago ASC serán calculadas de acuerdo a las políticas del sistema de pago revisado. Los códigos HCPCS pagaderos recientemente en el medio ambiente ASC comenzando en Año Calendario 2008 no estarán sujetos a esta metodología de pago transicional combinada.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*The standard ASC payment for most ASC covered surgical procedures is calculated as the product of the estimated ASC conversion factor and the ASC relative payment weight (set based on the OPPS relative payment weight) for each separately payable procedure. Per Section 626 of the MMA, contractors will pay ASCs based on the lesser of the actual charge or the standard ASC payment rate.*

*Payment rates for surgical procedures that are commonly performed in physicians' offices and for the technical component of covered ancillary radiology procedures cannot exceed the MPFS non-facility PE amount. Payments to ASCs for covered surgical procedures and certain covered ancillary services are geographically adjusted using the Inpatient Prospective Payment System (IPPS) pre-reclassification wage index values, with 50 percent as the labor-related factor.*

### Implementation and Updates:

*There is a four year transition period for implementation of the rates for procedures on the CY 2007 ASC list of covered procedures. For those procedures, payment will be based on a blend of the revised ASC payment rates and the current ASC rates. Thus, for CY 2008, the payment rates for procedures subject to the transition are comprised of a 25/75 blend, specifically 25 percent of the CY 2008 revised ASC rate plus 75 percent of the CY 2007 ASC rate; in CY 2009, the ratio will change to 50/50; and for CY 2010 it will be 75/25. Beginning in CY 2011, ASC payment rates will be calculated according to the policies of the revised payment system. HCPCS codes newly payable in the ASC setting beginning in CY 2008 will not be subject to this blended transitional payment methodology.*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

En las actualizaciones anuales del sistema de pago ASC, CMS establecerá valores de pago ASC relativos iguales a los valores OPPS, y después nivelará los valores ASC a fin de mantener la neutralidad presupuestaria en el sistema de pago ASC. Si no se nivela, los cambios en los valores de pago OPPS relativos para servicios no quirúrgicos podrían causar un incremento o una disminución en los gastos ASC debido a las diferencias en la mezcla de servicios suministrados por los HOPDs y los ASCs. Para el AC 2008, las tarifas de pago finales se publicarán en la reglamentación final del año calendario 2008 de los OPS/ASC que se emitirá a finales de este año. CMS también publicará un artículo MLN Matters adicional alrededor de esta fecha.

El estatuto requiere una actualización ASC de 0% hasta Año Calendario 2009. Comenzando en el 2010, CMS actualizará el factor de conversión ASC por el Índice de Precio del Consumidor para Todos los Consumidores Urbanos (CPI-U por sus siglas en inglés).

### **Pago ASC para Procedimientos en que predomina el costo de un Dispositivo**

Se utilizará una metodología de pago modificada para establecer las tarifas de pago ASC para procedimientos en que predomina el costo de un dispositivo, definidos como procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos que, bajo el OPPS, se le asigna a los APCs para los cuales el costo del dispositivo es mayor que el 50% de la mediana del costo APC. El pago por los dispositivos de alto costo se incluye en los de pagos de los procedimientos asociados bajo el sistema ASC revisado, como lo está bajo el OPPS. CMS paga la misma cantidad por la porción del costo del procedimiento relacionada al dispositivo bajo el sistema de pago ASC revisado como bajo el OPPS. Sin embargo, el pago por la porción del servicio de la tarifa ASC será calculado de acuerdo a la metodología estándar de establecimiento de tarifas, utilizando el ajuste de neutralidad de presupuesto ASC. Por lo tanto, utilizando el factor de ajuste de neutralidad de presupuesto en la reglamentación propuesta, la porción de servicio del pago ASC propuesto por el procedimientos en el que predomina el costo del dispositivo sería

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*In the annual updates to the ASC payment system, CMS will set ASC relative payment weights equal to the OPPS weights and then scale the ASC weights in order to maintain budget neutrality in the ASC payment system. Without scaling, changes in the OPPS relative payment weights for nonsurgical services could cause an increase or decrease in ASC expenditures due to differences in the mix of services provided by HOPDs and ASCs. For CY 2008, the final payment rates will be published in the CY 2008 OPPS/ASC final rule issued later this year. CMS also will publish an additional MLN Matters article around this time.*

*The statute requires a zero percent ASC update through CY 2009. Beginning in 2010, CMS will update the ASC conversion factor by the Consumer Price Index for All Urban Consumers (CPI-U).*

### **ASC Payment for Device-Intensive Procedures:**

*A modified payment methodology will be used to establish the ASC payment rates for device-intensive procedures, defined as ASC covered surgical procedures that, under the OPPS, are assigned to APCs for which the device cost is greater than 50 percent of the APC's median cost. Payment for the high cost devices is packaged into the associated procedure payments under the revised ASC system, as it is under the OPPS. CMS pays the same amount for the device-related portion of the procedure cost under the revised ASC payment system as under the OPPS. However, payment for the service portion of the ASC rate will be calculated according to the standard ratesetting methodology, using the ASC budget neutrality adjustment. Therefore, using the budget neutrality adjustment factor in the proposed rule, the service portion of the proposed ASC payment for the device-intensive procedure would be about 65 percent of the corresponding OPPS service payment, just like the payment for other surgical procedures under the revised ASC payment*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

alrededor del 65% del servicio de pago OPPS correspondiente, igual que el pago de otros procedimientos quirúrgicos bajo el sistema de pago ASC revisado. La suma de la porción del dispositivo ASC y la porción de servicio constituyen el pago completo por el procedimiento de implantación de un dispositivo en un ASC. Los ASCs ya no facturarán por separado por estos dispositivos.

La misma política relacionada al crédito total y el reemplazo de dispositivo implantable sin costo que aplica al OPPS aplicará a los pagos ASC. O sea que, cuando un reemplazo de dispositivo es suministrado al ASC sin costo o con crédito total por el fabricante, el pago ASC de Medicare por el procedimiento de implantar el dispositivo será reducido por la porción del pago del dispositivo al ASC para contemplar el costo menor que tendrá la instalación que suministrará el procedimiento. Medicare provee la misma cantidad de reducción de pago basado en el costo estimado del dispositivo incluido en el procedimiento de pago ASC que aplicaría bajo el OPPS por realización de estos procedimientos bajo las mismas circunstancias.

En la reglamentación propuesta, CMS propone reducir el pago ASC a la mitad de la cantidad del dispositivo para ciertos procedimientos quirúrgicos donde el costo del dispositivo está incluido cuando un ASC recibe un crédito parcial para el reemplazo de un dispositivo implantable. Esta reducción de pago parcial aplicaría a ciertos procedimientos quirúrgicos cubiertos en los cuales la cantidad del crédito para el dispositivo es mayor que o igual al 20% del costo del nuevo dispositivo reemplazo que se está implantando. La política propuesta se basa en la política propuesta bajo el OPPS para Año Calendario 2008.

### **Pago por Servicios Suplementarios ASC Cubiertos**

CMS pagará por separado por ciertos servicios complementarios cubiertos que se suministran dentro de los procedimientos quirúrgicos cubiertos en los ASCs. Los servicios complementarios deben ser suministrados inmediatamente antes, durante, o después del procedimiento quirúrgico cubierto para que sea considerado integral y por

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*system. The sum of the ASC device and service portions constitutes the complete ASC device implantation procedure payment. ASCs will no longer bill separately for these devices.*

*The same policy related to full credit and no cost implantable device replacement that applies to the OPPS will apply to ASC payments. That is, when a replacement device is supplied to the ASC at no cost or with full credit by the manufacturer, Medicare ASC payment for the procedure to implant the device will be reduced by the device portion of the ASC payment to account for the lower cost to the facility to furnish the procedure. Medicare provides the same amount of payment reduction based on the estimated device cost included in the ASC procedure payment that would apply under the OPPS for performance of those procedures under the same circumstances.*

*In the proposed rule, CMS proposes to reduce the ASC payment by one half of the device offset amount for certain surgical procedures into which the device cost is packaged when an ASC receives a partial credit toward replacement of an implantable device. This partial payment reduction would apply to certain covered surgical procedures in which the amount of the device credit is greater than or equal to 20 percent of the cost of the new replacement device being implanted. The proposed policy mirrors the proposed policy under the OPPS for CY2008.*

### **Payment for ASC Covered Ancillary Services:**

*CMS will pay separately for certain covered ancillary services that are provided integral to covered surgical procedures in ASCs. The ancillary services must be provided immediately before, during, or after a covered surgical procedure to be considered integral and thereby, eligible for separate payment.*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

lo tanto, elegible para pago por separado. Medicare también proveerá pagos por separado para los ASC para medicamentos y dispositivos que son elegibles para pago “pass-through” bajo el OPSS.

En la reglamentación propuesta, CMS propone revisar las definiciones de “radiología y otros servicios de imagen” y “medicamentos recetados para pacientes ambulatorios”. Las revisiones propuestas a estas definiciones excluirían aquellos servicios complementarios de radiología de ASC cubiertos y los medicamentos complementarios cubiertos y biológicos de designación como “servicios de salud designados” sujetos a las prohibiciones de auto-referido de médico.

Tal como se describe más arriba, el pago por servicios complementarios de radiología cubiertos se hace a los ASCs a base del menor entre la tarifa ASC y el costo de práctica de una instalación no-hospitalaria (PE por sus siglas en inglés) bajo la Tarifa Fija de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés). Para asegurar que no se haga un pago duplicado, solo los ASCs pueden recibir pago por separado por el componente técnico de los servicios complementarios de radiología cubiertos que son pagaderos por separado bajo el OPSS.

Bajo el sistema revisado de pago ASC, Medicare pagará por separado por todos los medicamentos y los biológicos que son pagados por separado bajo el OPSS cuando son suministrados de manera integral con procedimientos quirúrgicos cubiertos. El pago será igual a las tarifas de pago OPSS, sin la aplicación del ajuste de neutralidad de presupuesto ASC. Además, así como en los OPSS, las tarifas de pago ASC para estos artículos no serán ajustadas por diferencias geográficas de salario.

CMS hará pagos por separado con las tarifas de precio establecidas por contratistas para dispositivos que tienen un estatus “pass-through” bajo el OPSS cuando los dispositivos son una parte integral de un procedimiento quirúrgico cubierto. CMS también provee pago por separado para fuentes de braquiterapia con las tarifas OPSS, o las tarifas establecidas por los contratistas, si las tarifas OPSS no se encuentran disponibles. CMS

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*Medicare also will provide separate payment to the ASC for drugs and devices that are eligible for pass-through payment under the OPSS.*

*In the proposed rule, CMS proposes to revise the definitions of “radiology and certain other imaging services” and “outpatient prescription drugs.” The proposed revised definitions would exclude those ASC covered ancillary radiology services and covered ancillary drugs and biologicals from designation as “designated health services” subject to physician self-referral prohibitions.*

*As described above, payment for covered ancillary radiology services is made to ASCs at the lesser of the ASC rate or the amount of the nonfacility PE under the MPFS. To ensure that no duplicate payment is made, only ASCs may receive separate payment for the technical component of the covered ancillary radiology services that are separately payable under the OPSS.*

*Under the revised ASC payment system, Medicare will pay separately for all drugs and biologicals that are separately paid under the OPSS when they are provided integral to covered surgical procedures. Payment will be equal to the OPSS payment rates, without application of the ASC budget neutrality adjustment. In addition, as in the OPSS, the ASC payment rates for these items will not be adjusted for geographic wage differences.*

*CMS will make separate payment at contractor-priced rates for devices that have pass-through status under the OPSS when the devices are an integral part of a covered surgical procedure. CMS also provides separate payment for brachytherapy sources at the OPSS rates, or contractor-priced rates*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

está proponiendo tarifas de pago establecidas prospectivamente para estas fuentes en el Año Calendario 2008 tanto para ambientes HOPD como ASC.

No hay cambio a la política de pago para adquisición de tejido de córnea. El pago por adquisición de tejido de córnea continuará realizándose por costo razonable cuando los trasplantes de córnea se realicen en los ASCs.

Ningún otro proveedor o suplidor puede facturar por servicios complementarios cubiertos suministrados en los ASCs que estén integrados a procedimientos quirúrgicos cubiertos. Esta política asegurará que el pago agrupado o por separado se haga a los ASCs por todos los servicios complementarios cubiertos que sean parte de la realización de procedimientos quirúrgicos cubiertos, proveyendo, por tanto, pago apropiado a los ASCs por esos servicios que son esenciales para brindar un cuidado quirúrgico seguro y de alta calidad

### **Pago a Médicos para Procedimientos ASC No Cubiertos**

Los ASCs actualmente reciben pagos por instalación bajo el sistema de pago ASC solamente por procedimientos quirúrgicos en la lista de procedimientos ASC cubiertos. Ellos no reciben pago por instalación por ninguno de los otros procedimientos. Los médicos reciben pagos por su PE basado en las unidades de valor relativo (RVUs por sus siglas en inglés) de PE de la instalación por la realización de procedimientos quirúrgicos que están en la lista. Ellos reciben pago a base del PE que no es instalación, o los RVUs del componente técnico, por la prestación de servicios que no están incluidos en la lista.

Para hacer los pagos a los médicos que suministran procedimientos no-cubiertos en los ASCs que sean más uniformes con la política bajo el OPPS, y en reconocimiento que bajo el sistema de pago ASC revisado solamente los procedimientos que se han determinado como que representan un riesgo significativo de seguridad o que se espera que requieran una estadía de una noche, se excluyen de la lista ASC. CMS propone pagarles a los médicos a la cantidad

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*if OPPS rates are unavailable. CMS is proposing prospectively established payment rates for these sources in CY 2008 for both HOPD and ASC settings.*

*There is no change to payment policy for corneal tissue acquisition. Payment for corneal tissue acquisition will continue to be made at reasonable cost when corneal transplants are performed in ASCs.*

*No other providers or suppliers may bill for covered ancillary services provided in ASCs integral to covered surgical procedures. This policy will ensure that packaged or separate payment is made to ASCs for all covered ancillary services integral to the performance of covered surgical procedures, thereby providing appropriate payment to ASCs for those services that are essential to the delivery of safe, high quality surgical care.*

### **Physician Payment for Non-Covered ASC Procedures:**

*ASCs currently receive facility payments under the ASC payment system only for surgical procedures included on a list of ASC covered procedures. They receive no facility payment for any other procedures. Physicians are paid for their PE based on the facility PE relative value units (RVUs) for performing surgical procedures that are on the list. They are paid based on the non-facility PE, or technical component RVUs, for performing services that are not included on the list.*

*To make the payments to physicians who furnish noncovered procedures in ASCs more consistent with the policy under the OPPS, and in recognition that under the revised ASC payment system only procedures that have been determined to pose a significant safety risk or are expected to require an overnight stay are excluded from the ASC list, CMS*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

de pago PE de la instalación hospitalaria, en lugar de pagarles a la cantidad PE de la instalación no-hospitalaria por el suministro de procedimientos no cubiertos en los ASCs.

### Procedimientos Nuevos y Revisados de Facturación

#### Reportando por Separado por Servicios Suplementarios Pagaderos:

Tal como se describe anteriormente, a partir del 1 de enero de 2008, Medicare hará pagos por separado a los ASCs por ciertos artículos complementarios y ciertos servicios tales como medicamentos y biológicos, fuentes de braquiterapia, procedimientos radiológicos, y dispositivos “pass-through” cuando son suministrados como parte de los procedimientos quirúrgicos ASC cubiertos. Los ASCs deben reportar por separado por los servicios complementarios pagaderos con el número de unidades preciso a fin de que se pueda hacer el pago correcto. Los ASCs deben tener cuidado en las dosificaciones de medicamentos y biológicos y las unidades incluidas en los descriptores de códigos HCPCS al reportar unidades. El reportar unidades de manera imprecisa para los códigos HCPCS puede resultar en un pago menor o en un sobrepago.

Por ejemplo, una dosificación típica de un medicamento reportado por el código HCPCS J1260 (Inyección, dolasetron mesylate, 10mg) es de 100 mg. Los ASCs que usan 100 mg en el cuidado de un paciente reportarán una dosis de 100 mg de dolasetron mesylate como 10 unidades de código HCPCS J1260. El no reportar el número correcto de unidades resultará en un pago menor o un sobrepago. En el caso del código J1260, si el ASC reportara solamente una unidad para el código HCPCS J1260, aún cuando ha suministrado una dosis de 100 mgs., recibiría solamente una décima parte del pago de Medicare por ese medicamento.

Adicionalmente, los ASCs facturarán por separado por dispositivos que tienen un estatus “pass-through” bajo el OPPS cuando se suministran como parte integral de los procedimientos quirúrgicos cubiertos y, por lo

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*proposes to pay physicians at the facility PE payment amount, rather than the non-facility PE amount, for furnishing noncovered procedures in ASCs.*

### **New and Revised Billing Procedures**

#### **Reporting Charges for Separately Payable Procedures and Services:**

*As described above, beginning January 1, 2008, Medicare will make separate payment to ASCs for certain ancillary items and services such as drugs and biologicals, brachytherapy sources, radiological procedures, and pass-through devices when they are provided integral to ASC covered surgical procedures. ASCs must report separately payable ancillary services with an accurate number of units in order for correct payment to be made. ASCs should be mindful of dosages of drugs and biologicals and the units included in the HCPCS code descriptors when reporting units. Inaccurate reporting of units for HCPCS codes may result in under- or overpayment.*

*For example, a typical dosage for the drug reported by HCPCS code J1260 (Injection, dolasetron mesylate, 10mg) is 100 mg. ASCs using 100 mg in the care of a patient will report a 100 mg dose of dolasetron mesylate as 10 units of HCPCS code J1260. Failure to report the correct number of units will result in under- or overpayment. In the case of J1260, if the ASC were to report only one unit for HCPCS code J1260, when it provided one 100 mg dose, it would receive only one-tenth of the Medicare payment for that drug.*

*Additionally, ASCs will bill separately for devices that have pass-through status under the OPPS when provided integral to covered surgical procedures and, therefore, will be paid separately under the revised ASC*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

tanto, serán pagados por separado bajo el sistema de pago ASC revisado. Los ASCs deberán usar los códigos HCPCS Nivel II apropiados para reportar los dispositivos. Solamente dos dispositivos tienen actualmente un estatus “pass-through” bajo el OPPS: C1821 (“Interspinous process distraction device” (implantable)) y el L8690 (“Auditory osseointegrated device, includes all internal and external components”). Para estos dos dispositivos solamente, los ASCs deben reportar el código para el dispositivo y su cargo. El contratista de Medicare determinará la cantidad de pago para cada uno de los dispositivos “pass-through”

Los ASCs también tienen que reportar el número de unidades de fuentes de braquiterapia que se han suministrado como parte integral de los procedimientos quirúrgicos cubiertos. Medicare pagará la misma cantidad por las fuentes bajo el sistema de pago ASC revisado tal como le paga a los hospitales bajo el OPPS si las tarifas prospectivas OPPS están disponibles. El ASC reportará y facturará a Medicare y al beneficiario un co-aseguro por todas las fuentes de braquiterapia que sean ordenadas por el médico para un beneficiario en específico, adquirido por el ASC, e implantado en el beneficiario en un ASC, de acuerdo con los estándares de cuidado clínico de alta calidad.

En el caso donde la mayoría de las fuentes (pero no todas) recetadas y adquiridas son implantadas en el beneficiario, Medicare cubrirá las relativamente pocas fuentes de braquiterapia que fueron ordenadas y adquiridas pero no implantadas debido a consideraciones clínicas específicas. Estas fuentes no implantadas pueden ser facturables a Medicare solamente bajo las siguientes circunstancias:

- Las fuentes fueron específicamente adquiridas por el ASC para el beneficiario en particular de acuerdo a la orden médica, la cual era consistente con las prácticas clínicas estándar y el tratamiento de braquiterapia de alta calidad. Las fuentes que no fueron implantadas en el beneficiario no fueron implantadas en ningún otro paciente;

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*payment system. ASCs should use the appropriate Level II HCPCS codes to report the devices. Only two devices currently have pass-through status under the OPPS: C1821 (Interspinous process distraction device (implantable)) and L8690 (Auditory osseointegrated device, includes all internal and external components). For these two devices only, ASCs should report the code for the device and its charge. The Medicare contractor will determine the payment amount for each of the pass-through devices.*

*ASCs also will need to report the number of units for brachytherapy sources that are provided integral to covered surgical procedures. Medicare will pay the same amount for the sources under the revised ASC payment system as it pays hospitals under the OPPS if prospective OPPS rates are available. The ASC will report and charge Medicare and the beneficiary coinsurance for all brachytherapy sources that are ordered by the physician for a specific beneficiary, acquired by the ASC, and implanted in the beneficiary in the ASC in accordance with high quality clinical care standards.*

*In the case where most, but not all, prescribed and acquired sources are implanted in the beneficiary, Medicare will cover the relatively few brachytherapy sources that were ordered and acquired but not implanted due to specific clinical consideration. These non-implanted sources may be billable to Medicare only under the following circumstances:*

- *The sources were specifically acquired by the ASC for the particular beneficiary according to a physician’s prescription that was consistent with standard clinical practice and high quality brachytherapy treatment. The sources that were not implanted in that beneficiary were not implanted in any other patient;*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

- Las fuentes que no fueron implantadas fueron eliminadas de acuerdo con todos los requisitos apropiados para su manejo; y
- El número de fuentes usado en el cuidado del beneficiario, pero no implantadas, no se espera que constituya más de una pequeña fracción de las fuentes que sí fueron implantadas en el beneficiario.

### **Reportando Cargos por Procedimientos y Servicios por Separado:**

Bajo el sistema de pago revisado, los ASCs deben reportar cargos por todos los procedimientos y servicios pagaderos por separado a fin de poder recibir el pago correcto. Los contratistas de Medicare harán el pago basado en el menor entre los cargos reales por los procedimientos y los servicios pagaderos por separado, o por la tarifa de pago ASC. Los ASCs no deben reportar los códigos HCPCS en una línea separada, ni tampoco por separado, los cargos por procedimientos, servicios, medicamentos, dispositivos, o suministros que están incluidos en el pago por procedimientos quirúrgicos cubiertos y, por lo tanto, no pagados por separado.

Debido a que la sección 1833(a)(1) del Acta de Seguro Social, tal como fue enmendada por la sección 626(c) del MMA, requiere que a los ASCs se les pague la cantidad menor entre el 80% de los cargos reales o la cantidad que sería pagada por Medicare para cada procedimiento y servicio por separado, los contratistas de Medicare compararán cargos facturados a las tarifas de pago ASC a nivel de la línea de la reclamación. Por lo tanto, es importante que los ASCs incorporen los cargos por servicios agrupados en los cargos reportados como servicios pagaderos por separado. Las instalaciones hospitalarias puede que no sean pagadas apropiadamente si separan los cargos y reportan estos cargos bajo códigos agrupados como cargos por separado de línea y artículo.

Por ejemplo, un solo cargo se debe reportar por un procedimiento en que predomina el costo de un dispositivo y debe incluir no solamente los cargos asociados con el servicio (tal como el tiempo utilizado en la sala de operaciones y en la sala de recuperación), sino que también los cargos

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

- *The sources that were not implanted were disposed of in accordance with all appropriate requirements for their handling; and*
- *The number of sources used in the care of the beneficiary but not implanted would not be expected to constitute more than a small fraction of the sources actually implanted in the beneficiary.*

### **Reporting Charges for Separately Payable Procedures and Services:**

*Under the revised payment system, ASCs must report charges for all separately payable procedures and services in order to receive correct payment. Medicare contractors will make payment based on the lower of actual charges for separately payable procedures and services, or the ASC payment rate. ASCs should not report separate line item HCPCS codes or charges for procedures, services, drugs, devices, or supplies that are packaged into payment for covered surgical procedures and therefore not paid separately.*

*Because section 1833(a)(1) of the Social Security Act, as amended by section 626(c) of the MMA, requires ASCs to be paid the lesser of 80 percent of actual charges or the amount that would be paid by Medicare for each separately payable procedure and service, Medicare contractors will compare billed charges to the ASC payment rate at the line-item level. Therefore, it is important that ASCs incorporate charges for packaged services into the charges reported for the separately payable services with which they are provided. Facilities may not be paid appropriately if they unbundle charges and report those charges for packaged codes as separate line-item charges.*

*For example, the single charge reported for a device-intensive procedure should include not only the charges associated with the service such as operating room time and recovery room use, but also the charges associated with the implantable device. Unlike*

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

asociados con el dispositivo. Diferente al sistema de pago ASC actual, el sistema de pago revisado agrupa el pago del dispositivo en el pago por el procedimiento asociado (por ejemplo: el dispositivo no se paga por separado). Si los ASC facturan un código de procedimiento por un procedimiento en que predomina el costo de un dispositivo y no incluyen en el cargo real los cargos por el dispositivo al establecer el cargo por el artículo en una línea sola por el procedimiento quirúrgico cubierto, el cargo por el procedimiento puede que sea menor que la tarifa de pago de Medicare por ese código de procedimiento que incluye el pago por el dispositivo. El contratista haría el pago de los cargos del proveedor, posiblemente resultando en un pago menor.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

*the current ASC payment system, the revised payment system packages device payment into the payment for the associated procedure (i.e., the device is not paid separately). If the ASC bills a procedure code for a device-intensive procedure and fails to include charges for the device in establishing the single line item charge for the covered surgical procedure, the procedure charge may be lower than the Medicare payment rate for that procedure code, which includes payment for the device. The contractor would make payment based on the provider's charges, possibly resulting in underpayment.*

Reporte Correcto / Correct Reporting								
Example	HCPCS	Description	PI	Units	ASC-Reported Charge	Unadjusted Medicare Payment Rate*	Unadjusted Medicare Payment to Provider	Unadjusted Beneficiary Payment to Provider
<b>Claim 1:</b> Charges for Packaged Device Rolled Into Charges for Separately Payable Procedure	62361	Implant spine infusion pump	H8	1	\$12,000	\$10,000	\$10,000 x .80 = \$8,000	\$10,000 x .20 = \$2,000
Debido a que la tarifa de pago de Medicare es menor a los cargos reportados para el código CPT 62361, el proveedor recibe el pago total no ajustado (de Medicare y el beneficiario) de \$10,000. En este caso, se paga la cantidad establecida por Medicare para todos los costos del procedimiento. <i>Because the Medicare payment rate is less than the reported charges for CPT code 62361, the provider receives total unadjusted payment (from Medicare and the beneficiary) of \$10,000. In this case, the amount set by Medicare for all costs of the procedure is paid.</i>								

\*Todas las tarifas de pago son hipotéticas. / \*All Payment rates are hypothetical

Reporte Incorrecto / Incorrect Reporting								
Example	HCPCS	Description	PI	Units	ASC-Reported Charge	Unadjusted Medicare Payment Rate*	Unadjusted Medicare Payment to Provider	Unadjusted Beneficiary Payment to Provider
<b>Claim 2:</b> Charges for Packaged Device Reported on Different Line from Separately Payable Procedure	62361	Implant spine infusion pump	H8	1	\$2,500	\$10,000	\$2,500 x .80 = \$2,000	\$2,500 x .20 = \$500
	C1891	Infusion pump, non-programmable, permanent	N1	1	\$9,500	N/A	N/A	N/A
Debido a que los cargos reportados para el código CPT 62361 son menores a la tarifa de pago de Medicare el proveedor recibe un pago total no ajustado (de Medicare y el beneficiario) de \$2,500. En este caso, el ASC no recibirá la cantidad establecida por Medicare para todos los costos del procedimiento, debido a que se reportaron incorrectamente cargos por separado que ya estaban agrupados en el pago al ASC. <i>Because the reported charges for CPT code 62361 are less than the Medicare payment rate, the provider receives total unadjusted payment (from Medicare and the beneficiary) of \$2,500. In this case, the ASC will not receive the amount set by Medicare for all costs of the procedure, due to the ASC's incorrect separate reporting of packaged charges.</i>								

\*Todas las tarifas de pago son hipotéticas. / \*All Payment rates are hypothetical

Cont. on next page



## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

A continuación se detalla un ejemplo hipotético que ilustra la política de pago revisada:

### Procedimientos Bilaterales de Facturación:

Los procedimientos bilaterales se deberán reportar como una unidad sola en dos líneas separadas o con un "2" en las unidades de campo en una línea, a fin de que ambos procedimientos puedan ser pagados. Mientras que el uso del modificador -50 no es prohibido específicamente de acuerdo a las instrucciones de facturación CMS, el modificador no será reconocido para propósitos de pago y puede resultar en un pago incorrecto a los ASCs. La reducción de procedimiento múltiple del 50 por ciento aplicará a los procedimientos bilaterales sujetos a descuento múltiple de procedimiento.

Lo siguiente es un ejemplo hipotético que ilustra esta política de pago:

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

Following is a hypothetical example that illustrates the revised payment policy:

### Billing Bilateral Procedures:

Bilateral procedures should be reported as a single unit on two separate lines or with "2" in the units field on one line, in order for both procedures to be paid. While use of the -50 modifier is not prohibited specifically according to CMS billing instructions, the modifier will not be recognized for payment purposes and may result in incorrect payment to ASCs. The multiple procedure reduction of 50 percent will apply to all bilateral procedures subject to multiple procedure discounting.

The following page provides a hypothetical example that illustrates this payment policy:

### Reporte Correcto / Correct Reporting

Example	HCPCS	Description	PI	Units	ASC-Reported Charge	Unadjusted Medicare Payment Rate*	Unadjusted Medicare Payment* to Provider with Multiple Procedure Reduction	Unadjusted Beneficiary Payment* to Provider with Multiple Procedure Reduction
<b>Claim 1:</b>								
Bilateral Procedure Reported on Two Lines	15823	Revision of Upper Eyelid	A2	1	\$1,000	\$800	\$800 x .80 = \$640	\$800 x .20 = \$160
	15823	Revision of Upper Eyelid	A2	1	\$1,000	\$800	(\$800 x .50) x .80 = \$320	(\$800 x .50) x .20 = \$80

Debido a que el proveedor reporta el procedimiento bilateral en dos líneas separadas, y debido a que la reducción de procedimientos múltiples aplica al código 15823, el proveedor recibe un pago total no ajustado (de Medicare y del beneficiario) de \$1,200 por ambos procedimientos.

*Because the provider reports the bilateral procedure on two separate lines, and because the multiple procedure reduction applies to 15823, the provider receives total unadjusted payment (from Medicare and the beneficiary) of \$1,200 for both procedures.*

<b>Claim 2:</b>								
Bilateral Procedure Reported on One Line with Two Units	15823	Revision of Upper Eyelid	A2	2	\$2,000	800 x 2	[\$800 + (\$800 x 0.50)] x .80 = \$960	[\$800 + (\$800 x 0.50)] x .20 = \$240

Debido a que el proveedor reporta el procedimiento bilateral usando un "2" en el campo de unidades, y debido a que la reducción de procedimientos múltiples aplica al código 15823, el proveedor recibe un pago total no ajustado (de Medicare y del beneficiario) de \$1,200 por ambos procedimientos.

*Because the provider reports the bilateral procedure using "2" in the units field, and because the multiple procedure reduction applies to 15823, the provider receives total unadjusted payment (from Medicare and the beneficiary) of \$1,200 for both procedures.*

\*Todas las tarifas de pago son hipotéticas. / \*All Payment rates are hypothetical

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### Reporte Incorrecto / *Incorrect Reporting*

<b>Claim 3:</b> Bilateral Procedure Reported on One Line with Bilateral Modifier	15823 50	Revision of Upper Eyelid	A2	1	\$2,000	\$800	\$800 x .80 = \$640	\$800 x .20 = \$160
---	----------	-----------------------------	----	---	---------	-------	------------------------	------------------------

Debido a que el proveedor reporta el procedimiento bilateral utilizando el modificador bilateral, el proveedor recibe un pago total no ajustado (de Medicare y del beneficiario) de \$800 por sólo uno de los procedimientos.

*Because the provider reports the bilateral procedure using the bilateral modifier, the provider receives total unadjusted payment (from Medicare and the beneficiary) of \$800 for only one of the procedures.*

**\*Todas las tarifas de pago son hipotéticas. / \*All Payment rates are hypothetical**

### Información Adicional

Para más información sobre este y otros asuntos relacionados a los ASC, CMS le recomienda que haga uso de la información disponible en el sitio Web de ASC: <http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment>.

### *Additional Information*

*For more information regarding this and other ASC issues, CMS encourages you to use the ASC webpage at <http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment> on the CMS website.*

SE0742 mlv rrc

## Ambulancia

### REVISIÓN AL REQUISITO DE CERTIFICACIÓN PARA SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN EN AMBULANCIA INICIADOS POR UN HOSPITAL

Este artículo provee información sobre actualización a la Sección 20 del Capítulo 4 del Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual particularmente el requisito del certificación médica para todos los proveedores de servicios de ambulancia. El CR5833 elimina de esta Sección del Manual el párrafo que requiere certificación de un médico para servicios en ambulancia provisto por un hospital para transportar a un paciente durante una situación de emergencia, tal como transporte desde la escena de un accidente. Este CR sustituye y reemplaza el CR5684.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5833.pdf>.

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

## Ambulance

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

*This article is based on Change Request (CR) 5833, which updates Section 20 of Chapter 4 of the Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual as it pertains to Physician Certification Statement requirements for all ambulance providers. CR5833 deletes from that manual section the paragraph that requires a physician certification of ambulance services provided by a hospital to transport a patient during an emergency situation, such as transport from the scene of an accident. This CR5833 rescinds and fully replaces CR 5684.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5833.pdf> on the CMS website.*

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

CR5833/Trans.R50GI9/MM5833-ab

## Reclamaciones

### ESTANDARIZACIONES A LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS Y REVISIONES AL CAPÍTULO 24 DEL *MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL*

#### Proveedores Afectados

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

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR 5586, el cual revisa el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24 (*General Electronic Data Interchange (EDI) and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims*).

Vigente el 1 de julio de 2007, su Contratista de Medicare llevará a cabo evaluaciones anuales de la Ley de Cumplimiento de Simplificación Administrativa (ASCA por sus siglas en inglés) de al menos el 20% de los proveedores que someten reclamaciones en papel mediante el formulario CMS-1500, que no han sido evaluados en los últimos 2 años y que se encuentre que tienen menos de 10 "Full Time Equivalentents" (FTEs) como empleados en la práctica. Además, los contratistas se asegurarán de que el record de anejos se envía con el pago de reclamación de Medicare cuando se utiliza un formato ACH para transmitir un pago EFT a una institución financiera, pero el Aviso de Remesa se transmite por separado al proveedor. Esto ayudará en la reconciliación del pago y la información que explica el pago. El formato EFT será el formato CCP del *National Automated Clearinghouse Association* (NACHA) format CCP

## Claims

### *ELECTRONIC FUNDS TRANSFER STANDARDIZATIONS AND REVISIONS TO THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL (CHAPTER 24)*

#### *Provider Types Affected*

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

#### *Provider Action Needed*

*This article is based on Change Request (CR) 5586 which revises the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24 (General Electronic Data Interchange (EDI) and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims).*

#### *What You Need to Know*

*Effective July 1, 2007, your Medicare contractor will conduct Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) reviews annually of at least 20% of providers submitting CMS 1500 paper claims who were not already reviewed in the past 2 years and found to have fewer than 10 FTEs employed by the practice. In addition, contractors will insure that the addenda record is sent with the Medicare claim payment when an ACH format is used to transmit an EFT payment to a financial institution but the remittance advice is separately transmitted to a provider. This will assist with reconciliation of the payment and the information that explains the payment. The EFT format will be the National Automated Clearinghouse Association (NACHA) format*

Cont. on next page



## Reclamaciones

-Cash Concentration/Disbursement plus Addenda (CCD+) (ACH), según se menciona en el X12N 835 versión 004010A1 de la guía de implementación.

Para más detalles respecto a estos cambios, vea las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo.

### Trasfondo

El CR5586 provee las siguientes revisiones al *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 24, Sección 40.7 y Sección 90.5.3) sobre la transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés) y la identificación de proveedores a ser evaluados.

### Roles del Contratista en Evaluaciones ASCA e Identificación de Proveedores a ser Evaluados

Cada Contratista de la Parte B de Medicare, DME MAC y B MAC (no aplica a FIs o RHHIs en este momento) lleva a cabo una revisión ASCA anualmente del 20% de estos proveedores que todavía someten reclamaciones en papel mediante el formulario CMS-1500. Los contratistas de Medicare no seleccionarán un proveedor para una evaluación trimestral si:

- Está en proceso una revisión trimestral previa para ese proveedor, que no ha concluido aún;
- El proveedor ha sido evaluado en los pasados dos años y se determinó que es un proveedor pequeño, con menos de 10 empleados FTE en esa práctica y hay razón para esperar que el estatus de proveedor pequeño cambiará dentro de los dos años que siguen la evaluación anterior; o
- Ese proveedor sometió menos de 30 reclamaciones en papel a Medicare durante el trimestre anterior.

### Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

Aunque la transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés) no es obligatorio bajo la Ley HIPAA, el EFT es el método de pago requerido por Medicare para todos los proveedores que entran al programa Medicare por primera vez así como para cualquier proveedor existente, que

## Claims

CCP - Cash Concentration/Disbursement plus Addenda (CCD+) (ACH) as mentioned in the X12N 835 version 004010A1 implementation guide.

### What You Need to Do

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

### Background

Change Request (CR) 5586 provides the following revisions to the *Medicare Claims Processing Manual* (Chapter 24, Sections 40.7 and Section 90.5.3) regarding electronic funds transfer (EFT) and the identification of providers to be reviewed.

### Contractor Roles in Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) Reviews and Identification of Providers to be Reviewed

Each carrier, DME MAC and B MAC (not FIs or RHHIs at this time) conducts an ASCA review annually of 20% of those providers still submitting CMS 1500 paper claims. Medicare contractors will not select a provider for a quarterly review if:

- A prior quarter review is underway and has not yet been completed for that provider;
- The provider has been reviewed within the past two years, determined to be a “small” provider as fewer than 10 FTEs are employed in that practice and there is no reason to expect the provider’s “small” status will change within two years of the start of the prior review; or
- Fewer than 30 paper claims were submitted by the provider to Medicare during the prior quarter.

### Electronic Funds Transfer (EFT)

Although EFT is not mandated by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), EFT is the required method of Medicare payment for all providers entering the Medicare program for the first time and

Cont. on next page

## Reclamaciones

no esté recibiendo pagos EFT actualmente, y que está sometiendo algún cambio a la información de registro en su expediente. Los proveedores deben someter una copia firmada del Formulario CMS-588 (*Electronic Funds Transfer Authorization Agreement*) a sus Contratistas de la Parte B de Medicare, DME MACs, A/B MACs, FIs, y/o RHHIs. Para cambios de información, los DME MACs verificarán quién es el oficial autorizado en el formulario CMS-855. Además, los contratistas de Medicare no aprobarán ninguna solicitud para cambiar el método de pago de EFT a cheque.

Los Contratistas de la Parte B de Medicare, DME MACs, A/B MACs, FIs y RHHIs deben usar un formato de transmisión que sea tanto económico y compatible con el banco que les da servicio. Si el dinero viaja por separado de una transacción X12 835, después el formato NACHA CCP (*Cash Concentration/Disbursement plus Addenda – CCD+*) se usa para asegurar que el registro de anejos se envía con el EFT, ya que los proveedores necesitan el registro de anejos para asociar los dólares con la data. Los Contratistas de la Parte B de Medicare, DME MACs, A/B MACs, FIs, y RHHIs deben:

- Transmitir la autorización EFT al banco de origen al momento de la expiración del periodo de espera para pago que aplique a la reclamación, y
- Designar una fecha de pago (la fecha cuando los fondos son depositados en la cuenta del proveedor) de dos días laborables posteriores a la fecha de transmisión.

**Nota:** Los contratistas de Medicare no aprobarán ninguna solicitud de cambio en el método de pago de EFT a cheque.

### Información Adicional

El CR5586 es la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B de Medicare, Intermediario, RHHI, A/B MAC o DME MAC referente a este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1284CP.pdf>.

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

## Claims

*any existing providers, not currently receiving payments by EFT, who are submitting a change to their existing enrollment data. Providers must submit a signed copy of Form CMS-588 (Electronic Funds Transfer Authorization Agreement) to their Carriers, DME MACs, A/B MACs, FIs, and/or RHHIs. For changes of information, DME MACs will verify the authorized official on the CMS-855 form. In addition, Medicare contractors will not approve any requests to change the payment method from EFT to check.*

*Carriers, DME MACs, A/B MACs, FIs and RHHIs must use a transmission format that is both economical and compatible with the servicing bank. If the money is traveling separately from an X12 835 transaction, then the NACHA format CCP (Cash Concentration/Disbursement plus Addenda – CCD+) is used to make sure that the addenda record is sent with the EFT, because providers need the addenda record to re-associate dollars with data. Carriers, DME MACs, A/B MACs, FIs, and RHHIs must:*

- *Transmit the EFT authorization to the originating bank upon the expiration of the payment floor applicable to the claim, and*
- *Designate a payment date (the date on which funds are deposited in the provider's account) of two business days later than the date of transmission.*

**Note:** *Medicare contractors will not approve any requests to change payment method from EFT to check.*

### Additional Information

*The official instruction, CR5586, issued to your carrier, intermediary, RHHI, A/B MAC, or DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1284CP.pdf> on the CMS website.*

*If you need more information, please call 1-877-715-1921.*

Pub. MLN5586 / Trans R1284CP / CR5586 / 07-09-07 / mlv dlf

## Reclamaciones

### GUÍAS IMPORTANTES SOBRE LOS NUEVOS FORMULARIOS UB-04 Y CMS-1500

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores que utilizan los nuevos formularios **CMS-1500** o **UB-04** para facturar a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Medicare [MACs por sus siglas en inglés], por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo MLN Matters (SE0729), le provee información valiosa sobre los nuevos formularios CMS-1500 y UB-04.

#### Trasfondo

##### Formulario CMS 1500 Versión 08-05

En el año 2006, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) introdujeron el formulario revisado CMS-1500 (08-05). Esta nueva versión del formulario, revisado para proveer espacio para reportar el NPI, se desarrolló mediante un esfuerzo colaborativo dirigido por el *National Uniform Claim Committee* (NUCC), y que es presidida por el *American Medical Association* (AMA), en consulta con CMS.

El comité incluye representación de proveedores clave y organizaciones pagadoras, así como organizaciones que establecen estándares, un suplidor de servicios de salud, y el *National Uniform Billing Committee* (NUBC). Como tal, el comité tiene la intención de tener voz de autoridad sobre el contenido de data estándar nacional y definiciones de data para reclamaciones de servicios de salud no institucionales en los Estados Unidos.

Aunque CMS prefiere que usted someta todas las reclamaciones a Medicare electrónicamente, la Ley Pública 107-105 del *Administrative Simplification Compliance Act* (ASCA) y la regulación que la implementa en el 42 CFR 424.32 provee espacio para excepciones al

## Claims

### IMPORTANT GUIDANCE ON THE NEW CMS-1500 AND UB-04 FORMS

#### Provider Types Affected

*All providers using the new forms CMS-1500 or UB-04 to bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI), or Medicare Administrative Contractors MACs) for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### What You Need to Know

*This MLN Matters article, SE0729, provides you valuable information about the new CMS 1500 and UB-04 forms.*

#### Background

##### CMS Form 1500 Version 08-05

*In 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) introduced the revised Form CMS-1500 (08-05). This new version of the form, revised to accommodate the reporting of the National Provider Identifier (NPI), was developed through a collaborative effort headed up by the National Uniform Claim Committee (NUCC), which is chaired by the American Medical Association (AMA), in consultation with the CMS.*

*The committee includes representation from key provider and payer organizations, as well as standards setting organizations, one healthcare vendor, and the National Uniform Billing Committee (NUBC). As such, the committee is intended to have an authoritative voice regarding national standard data content and data definitions for non-institutional health care claims in the United States.*

*Although CMS prefers that you submit all claims to Medicare electronically, the Administrative Simplification Compliance Act Public Law 107-105 (ASCA) and the implementing regulation at 42 CFR 424.32 provide for exceptions to the mandatory*

Cont. on next page



## Reclamaciones

mandato de someter reclamaciones electrónicas. Por tanto, Medicare recibirá y procesará reclamaciones en papel (haciendo uso del nuevo formulario CMS-1500 versión 08-05) solamente de médicos y suplidores que están excluidos del requisito de someter reclamaciones electrónica obligatoriamente.

CMS comenzó a aceptar el formulario CMS-1500 revisado, a partir del 1 de enero de 2007, con planes de discontinuar la versión anterior el 1 de abril de 2007; sin embargo, asuntos relacionados con el formato obligaron a CMS a extender esta fecha hasta el 2 de julio de 2007. En aquel momento, CMS comenzó a devolver la versión 12-90 del formulario. Mientras que la Oficina de Imprenta Gubernamental (GPO por sus siglas en inglés) no se encuentra aún en posición de aceptar y completar órdenes para suplir el formulario CMS-1500, investigaciones de CMS indican que los suplidores de productos de imprenta tendrán amplia disponibilidad del formulario para la venta.

Si necesita ayuda para localizar el formulario, puede contactar el NUCC en el siguiente enlace: <http://www.nucc.org/>. También puede considerar utilizar imprentas locales, o puede preguntar a otros proveedores quién les sule el formulario, o buscar información sobre “CMS-1500 (08-05)” o “CMS-1500 08/05” en la Internet para localizar imprentas en línea. Debe solicitar muestras del formulario antes de ordenar para asegurarse de que el formato está correcto.

Algunos detalles importantes que debe considerar al completar el nuevo formulario CMS-1500:

- Si usted anteriormente llenaba los encasillados 17a (proveedor que refiere), 24j (proveedor que rinde el servicio), y 33 (proveedor que factura), con su número legado, usted también debe comenzar a usar el NPI.
- El NPI del proveedor que factura va en el encasillado 33a. Además, si el proveedor que factura es un grupo, entonces el NPI del proveedor que presta el servicio debe ir en el encasillado 24j. Si el proveedor que factura está en práctica solo, entonces se dejará el encasillado 24j en blanco. El NPI del proveedor que refiere va en el encasillado 17b.

## Claims

*electronic claim submission requirement. Therefore, Medicare will receive, and process, paper claims (using the new [08-05] version of the CMS-1500 form) only from physicians and suppliers who are excluded from the mandatory electronic claims submission requirements.*

*CMS began accepting the revised form CMS-1500 in January 1, 2007, planning to discontinue the older version on April 1, 2007; however formatting issues forced CMS to extend this date to July 2, 2007. At that time, CMS began returning the 12-90 version of the form. While the Government Printing Office (GPO) is not yet in a position to accept and fill orders for the revised CMS-1500 form, CMS' research indicates the form is widely available for purchase from print vendors.*

*For assistance in locating the form, you can contact the NUCC at <http://www.nucc.org/>, or you might consider using local print media directories to search for print vendors, contacting other providers to inquire on their source for the form, or searching for “CMS-1500 (08-05)” or “CMS-1500 08/05” on the internet to locate online print vendors. You should ask for samples before ordering to ensure that the formatting is correct.*

*Some important details in completing the new CMS-1500 form are as follow:*

- *If you previously populated boxes 17a (referring provider), 24j (rendering provider), and 33 (billing provider) with your legacy number, you should now begin using your NPI also.*
- *The billing provider NPI goes in box 33a. In addition, if the billing provider is a group, then the rendering provider NPI must go in box 24j. If the billing provider is a solo practitioner, then box 24j is always left blank. A referring provider NPI goes in box 17b.*

Cont. on next page



## Reclamaciones

- Si la información en el encasillado 33 (dirección de facturación) es diferente al encasillado 32 (dirección de la instalación de servicio), usted debe completar el encasillado 32 con la información de la dirección.

Usted puede encontrar más información sobre la nueva versión del formulario CMS-1500 en el artículo MLN Matters MM5060 (*Additional Requirements Necessary to Implement the Revised Health Insurance Claim Form CMS-1500*), publicado el 15 de septiembre de 2006. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5060.pdf>.

### Información Sobre el Formulario UB-04

Durante la reunión de febrero del 2005 del *National Uniform Billing Committee* (NUBC), se aprobó el formulario UB-04 (CMS-1450) como el reemplazo del UB-92. El formulario UB-04 es el formulario básico que CMS recomienda para el Programa de Medicare, e incorpora la taxonomía del NPI y códigos adicionales; y solamente es aceptado de proveedores institucionales que están excluidos del mandato de someter reclamaciones electrónicas establecido por la Ley Pública 107-105 del *Administrative Simplification Compliance Act*, (ASCA), y las regulaciones que la implementan en el 42 CFR 424.32.

Vigente el 1 de marzo de 2007, los proveedores institucionales que someten reclamaciones, tales como hospitales, SNFs, hospicios y otros, debían comenzar a utilizar el formulario UB-04, con un periodo transicional comprendido entre el 1 de marzo de 2007 y el 22 de mayo de 2007 (tiempo durante el cual se podía utilizar cualquiera de los dos formularios). A partir del 23 de mayo de 2007: (1) el formulario UB-92 ya no será aceptable (aún en reclamaciones de ajuste); y (2) Todas las reclamaciones institucionales en papel deben someterse en el formulario UB-04.

Usted debe observar que, mientras la mayor parte de las descripciones de uso de data y valores de data permitidos no han cambiado en el formulario UB-04, muchas localidades de data en el formulario UB-92 han cambiado y, además, el procesamiento del tipo de factura va a cambiar. Algunos detalles sobre el formulario se mencionan a continuación:

## Claims

- *If the information in block 33 (billing) is different than block 32 (service facility), you should populate block 32 with the address information.*

*You can learn more about the new version of the CMS-1500 by reading MLN Matters article MM5060 (Additional Requirements Necessary to Implement the Revised Health Insurance Claim Form CMS-1500), released September 15, 2006. You can find that article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5060.pdf>.*

### UB-04 Information

*At its February 2005 meeting, the National Uniform Billing Committee (NUBC) approved the UB-04 (CMS-1450) as the replacement for the UB-92. The UB-04, the basic form that CMS prescribes for the Medicare program, incorporates the National Provider Identifier (NPI) taxonomy, and additional codes; and is only accepted from institutional providers that are excluded from the mandatory electronic claims submission requirements set forth in the Administrative Simplification Compliance Act, Public Law 107-105 (ASCA), and the implementing regulation at 42 CFR 424.32.*

*Effective March 1, 2007, institutional claim filers such as hospitals, SNFs, hospices, and others were to have begun using the UB-04, with a transitional period between March 1, 2007, and May 22, 2007 (during which time either the UB-92 or the UB-04 may have been used). On and after May 23, 2007: 1) The UB-92 has become no longer acceptable (even as an adjustment claim); and 2) All institutional paper claims must be submitted on the UB-04.*

*You should note that while most of the data usage descriptions and allowable data values have not changed on the UB-04, many UB-92 data locations have changed and, in addition, bill type processing will change. Some details of the form follow:*

Cont. on next page

## Reclamaciones

- El formulario UB-04 (CMS 1450) es un formulario uniforme para que los proveedores institucionales puedan facturar a múltiples pagadores terciarios. Un pagador en particular, por tanto, pudiese no necesitar algunos de los elementos de data.
- Al someter reclamaciones, usted debe retener una copia que se conoce como “copia institucional” y someter el resto de las copias a su Contratista de Medicare, plan de cuidado dirigido, u otro asegurador.
- Las instrucciones para completar reclamaciones de pacientes hospitalizados o ambulatorios son las mismas, a menos que se indique lo contrario.
- Si usted omite cualquier información requerida, su Contratista pudiese solicitarla a usted directamente o pudiese obtener la misma de otras fuentes, y las mantendrá en su expediente. Su Contratista no solicitará información que no es necesaria para procesar su reclamación.
- Los elementos de información en las especificaciones de facturación electrónica uniforme de CMS son consecuentes con el grupo de información requerido para el formulario UB-04, al grado que un mismo sistema de procesamiento puede manejar ambos formularios. Las definiciones son idénticas, aunque en algunas situaciones, el récord electrónico contiene más caracteres que el artículo correspondiente en el formulario debido a complicaciones en el tamaño del archivo que no aplican al récord electrónico. Más aún, el sistema de codificación de “revenues” es el mismo, tanto para el formulario CMS-1450 como para las especificaciones del formato electrónico.
- Para el formulario UB-04, el NPI del proveedor que factura se indica en el Localizador de Formulario (FL por sus siglas en inglés) 56. El NPI del proveedor que atiende se indica en el FL 76. El NPI del proveedor que opera se indica en el FL 77. Se puede entrar hasta 2 números NPI de proveedor adicionales en el FL 78 y FL 79.

## Claims

- *The UB-04 (Form CMS-1450) is a uniform institutional provider bill suitable for billing multiple third party payers. A particular payer, therefore, may not need some of the data elements.*
- *When filing, you should retain the copy designated “Institution Copy” and submit the remaining copies to your Medicare contractor, managed care plan, or other insurer.*
- *Instructions for completing inpatient and outpatient claims are the same unless otherwise noted.*
- *If you omit any required data, your contractor will either ask you for them or obtain them from other sources and will maintain them on its history record. It will not obtain data that are not needed to process the claim.*
- *Data elements in the CMS uniform electronic billing specifications are consistent with the UB-04 data set to the extent that one processing system can handle both. The definitions are identical, although in some situations, the electronic record contains more characters than the corresponding item on the form because of constraints on the form size not applicable to the electronic record. Further, the revenue coding system is the same for both the Form CMS-1450 and the electronic specifications.*
- *For the UB-04, the billing provider’s NPI is entered in Form Locator (FL) 56. The attending provider’s NPI is entered in FL76. The operating provider’s NPI is entered in FL77. Up to 2 other provider NPIs can be entered in FL78 and FL79.*

Cont. on next page

## Reclamaciones

Usted encontrará más información sobre el formulario UB-04 (CMS-1450) en el artículo MLN Matters MM5702, (*Uniform Billing (UB-04) Implementation – UB-92 Replacement*), publicado el 3 de noviembre de 2006. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5072.pdf>. El CR del cual se extrae ese artículo, contiene una copia del formulario UB-04 (por ambos lados) en formato PDF, una correlación entre el UB-04 y el UB-92, y la porción revisada del *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 25 (*Completing and Processing the CMS 1450 Data Set*), Sección 70 (*Uniform Bill - Form CMS-1450 (UB-04)*) y Sección 71 (*General Instructions for Completion of Form CMS-1450 (UB-04)*). Estas secciones contienen instrucciones detalladas para ayudarle a completar el formulario.

Si necesita ayuda para obtener el formulario UB-04, puede comunicarse con el NUBC en el siguiente sitio Web: <http://www.nubc.org/>.

### Información Adicional

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

## Claims

*You can find more information about the UB-04 (Form CMS-1450) by reading MLN Matters article MM5072 (Uniform Billing (UB-04) Implementation – UB-92 Replacement), released November 3, 2006. You can find that article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5072.pdf>. The CR, from which that article was taken, contains a copy of the UB-04 form (front and back) in PDF format, a crosswalk between the UB-04 and the UB-92, and the revised portion of the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 25 (Completing and Processing the CMS 1450 Data Set), Sections 70 (Uniform Bill - Form CMS-1450 (UB-04)) and 71 (General Instructions for Completion of Form CMS-1450 (UB-04)). These sections contain very detailed instructions for completing the form.*

*For assistance in obtaining UB-04s you can contact the NUBC at <http://www.nubc.org/>.*

### Additional Information

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

Pub. SE0729 / 08-02-07 mlv rrc

## RAZONES PARA NOTIFICACIÓN AL PROVEEDOR SOBRE RECLAMACIONES RECHAZADAS/DISPUTADAS POR PAGADORES/ASEGURADORES COMPLEMENTARIOS

### Proveedores Afectados

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

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente para reclamaciones procesadas a partir del 1 de julio de 2007, cuando las reclamaciones transferidas por Medicare a un pagador/asegurador complementario son rechazadas o

## REASONS FOR PROVIDER NOTIFICATION OF MEDICARE CLAIMS DISPUTED/REJECTED BY SUPPLEMENTAL PAYERS/INSURERS

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and durable medical equipment MACs (DME MACs).*

### Provider Action Needed

*Effective for claims processed on or after July 1, 2007, when claims crossed over by Medicare to a supplemental payer/insurer are rejected or disputed by that insurer, Medicare*

Cont. on next page



## Reclamaciones

disputadas por ese asegurador, Medicare añadirá un mensaje estándar para notificar al proveedor. Ese mensaje será en forma de Código de Razón de Disputa, el cual explica por qué el asegurador complementario disputó la reclamación. Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento de estos códigos, según se describen más adelante en este artículo, y que estén preparados para tomar acción correctiva, de ser necesario.

### Trasfondo

En el artículo MLN Matters MM3709, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) describen el proceso de notificación a los proveedores de Medicare cuando reclamaciones de Medicare que deben transferirse automáticamente a un asegurador/pagador complementario, no se pueden transferir debido a un error en los datos de la reclamación. La notificación se envía a la dirección postal que sometió el proveedor, junto con el resto de la información sometida al momento del registro, y la cual CMS mantiene para todos los Contratistas de Medicare. (Puede hacer referencia al MM3709 en el siguiente enlace Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3709.pdf>.)

También hay situaciones donde las notificaciones al proveedor se envían luego de que la reclamación fue transferida al pagador/asegurador complementario. Esto ocurre en situaciones donde el asegurador puede no estar preparado para procesar la reclamación de pago complementario de Medicare y, por lo tanto, rechaza o disputa la reclamación enviándola nuevamente al Contratista de Coordinación de Beneficios (COBC por sus siglas en inglés) de Medicare. Cuando esto ocurre, el COBC transmite un informe que contiene las reclamaciones en disputa al Contratista de Medicare, el cual a su vez notifica al proveedor, mediante correspondencia automatizada especial, que la reclamación no pudo ser procesada automáticamente.

## Claims

*will add a standardized message to the notification to the provider. That message will be in the form of a Dispute Reason Code, which will explain why the supplemental insurer disputed the claim. Be sure your billing staff is aware of these codes, as described later in this article, and is ready to take corrective action, as appropriate.*

### Background

*In MLN Matters article, MM3709, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) describes the notification process to Medicare providers when Medicare claims that should automatically cross to a supplemental payer/insurer are not crossed over due to claim data errors. The notification is mailed to the correspondence address that is submitted by the provider, along with all other Medicare enrollment data, and is maintained by CMS' Medicare contractors. (MM3709 may be referenced at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3709.pdf> on the CMS website.)*

*There are also situations where provider notifications are sent after the claim has crossed to the supplemental payer/insurer. This occurs in situations where the insurer may not be able to process the Medicare claim for supplemental payment and, therefore, rejects or disputes the claim back to CMS' Coordination of Benefits Contractor (COBC). When these situations occur, the COBC transmits a report containing the "disputed" claims to the Medicare contractor, which then notifies the provider, through a special automated correspondence, that the claim was not crossed automatically.*

Cont. on next page



## Reclamaciones

Comenzando en el mes de julio de 2007, las notificaciones a los proveedores contendrán lenguaje estándar para reclamaciones que han sido disputadas por el pagador/asegurador suplementario y la disputa ha sido aceptada por el COBC. El lenguaje estándar leerá: "Reclamación rechazada por otro asegurador" e incluirá un código de razón. A continuación encontrará una lista de códigos de razón que pueden incluirse como parte del lenguaje estándar, y la definición de cada uno:

### Códigos De Razón de Disputa:

- 000100 - Reclamación Duplicada
- 000110 - Reclamación Duplicada (dentro del mismo "loop" ISA – IEA)
- 000120 - Reclamación Duplicada (dentro del mismo "loop" ST-SE)
- 000200 - Reclamación para ID del Proveedor/Debió excluirse el estado
- 000300 - El beneficiario no se encuentra en expedientes de elegibilidad
- 000400 - Reservado para uso futuro
- 000500 - Conteo de Reclamación Incorrecto
- 000600 - Reclamación no cumple con los criterios de selección
- 000700 - Error HIPAA
- 009999 – Otro

Cuando los proveedores de Medicare reciben esta notificación, puede que tengan que tomar acción apropiada para obtener el pago de parte del pagador/asegurador suplementario en el caso de todos los Códigos de Razón de Disputa, excepto para los códigos 000100, 000110, 000120 y 000400.

### Información Adicional

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

## Claims

*Beginning in July 2007, provider notifications will include standardized language for claims that have been disputed by the supplemental payer/insurer and the dispute has been accepted by the COBC. The standardized language will read: "Claim rejected by other insurer," and it will include a reason code. The following is a list of the reason codes that may be contained in the standardized language and the definition of each-:*

### **Dispute Reason Codes:**

- 000100 - Duplicate Claim
- 000110 - Duplicate Claim (within the same ISA – IEA loop)
- 000120 - Duplicate claim (within the same ST-SE loop)
- 000200 - Claim for Provider ID/State should have been excluded
- 000300 - Beneficiary not on eligibility file
- 000400 - Reserved for future use
- 000500 - Incorrect claim count
- 000600 - Claim does not meet selection criteria
- 000700 - HIPAA Error
- 009999 - Other

*When Medicare providers receive this notification, they may need to take appropriate action to obtain payment from the supplemental payer/insurer for all Dispute Reason Codes except for 000100, 000110, 000120, and 000400.*

### **Additional Information**

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

Pub. MLNSE0728 / 08-02-07mlv / dlf

## Aviso de Remesa

### ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DE RAZÓN DE AJUSTE DE LA RECLAMACIÓN (CARCSS) Y CÓDIGOS DE COMENTARIO DE REMESA DE PAGO (RARCS) Y MEJORAS A LA APLICACIÓN DE IMPRESIÓN MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP)

#### Proveedores Afectados

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

#### Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5634, el cual provee instrucciones a los contratistas de Medicare que un Código de Comentario de Remesa de Pago (RARC por sus siglas en inglés) debe utilizarse con los Códigos de Razón de Ajuste a la Reclamación (CARC por sus siglas en inglés), 16, 17, 96, 125 y A1. El CR5634 además brinda instrucciones de que se proveerá la actualización de la aplicación de impresión *Medicare Remit Easy Print* (MREP), que incorpora mejoras aprobadas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), y también incorpora los Códigos de Razón de Ajuste de la Reclamación y Códigos de Comentario de Remesa de Pago vigentes.

#### Trasfondo

La Ley HIPAA de 1996 le requiere a los planes de salud que lleven a cabo transacciones electrónicas estándar (al someter reclamaciones, consultas sobre reclamaciones, remesas de pago

## Remittance Advice

### UPDATE OF CLAIM ADJUSTMENT REASON CODES (CARCS) AND REMITTANCE ADVICE REMARK CODES (RARCS) AND ENHANCEMENT OF MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP)

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), regional home health intermediaries (RHHIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs)) for services.*

#### Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5634 which instructs Medicare contractors that a Remittance Advice Remark Code (RARC) must be used with Claim Adjustment Reason Codes (CARCs) 16, 17, 96, 125, and A1. CR5634 also instructs that updated Medicare Remit Easy Print (MREP) software will be provided which incorporates enhancements approved by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and the currently valid Claim Adjustment Reason and Remittance Advice Remark Codes.*

#### Background

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 instructs health plans to be able to conduct standard electronic transactions (submission of claims, claims inquiries, electronic remittance advice,*

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

electrónicas [ERA por sus siglas en inglés], etc.) adoptadas bajo la Ley HIPAA haciendo uso de códigos estándar válidos. El “American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) X12” forma parte del “Transactions and Code Sets Rule” escogido por HIPAA, y el sub-comité “N” ANSI X12 cubre los estándares en la industria del seguro, incluyendo seguros de salud (por eso se consideran estándares X12N). La transacción ANSI ASC X12N número 835 (ANSI ASC X12N-835), es la transacción ANSI estándar de Aviso de Pago Electrónico (ERA) que provee información de pago sobre una reclamación sometida.

Actualización de Códigos de Razón de Ajuste de Reclamación (CARCs) y Códigos de Comentario de Remesa de Pago (RARC)s

Como recordatorio, la política de Medicare establece que:

- Se requiere el uso de CARCs en la remesa de pago y en transacciones de Coordinación de Beneficios, y
- Se requiere el uso de RARC)s en la remesa de pago, tanto para formatos en papel como en los electrónicos.

Cuando el pago difiere de la cantidad facturada, los Pagadores comunicarán la razón de cualquier ajuste haciendo uso de:

- Grupos de Códigos (que identifican quién es financieramente responsable por la cantidad que el pagador no está reembolsando),
- CARCs (que proveen una explicación sobre la razón por la cual una cantidad se está ajustando), y
- RARC)s (que proveen una explicación complementaria acerca del ajuste). Cualquier RARC que contiene la palabra “Alerta” es un código de comentario informativo que no provee ninguna explicación complementaria sobre un ajuste en específico, pero que provee información general relacionada con la adjudicación.

La siguiente tabla incluye los Códigos de Grupo que CMS utiliza actualmente:

## Remittance Advice

*etc.) adopted under HIPAA using valid standard codes. The American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) X12 are part of the Transactions and Code Sets Rule selected by HIPAA, and the ANSI X12 subcommittee ‘N’ covers standards in the insurance industry, including health insurance (hence these are X12N standards). The ANSI ASC X12N transaction number 835 (ANSI ASC X12N-835) is the ANSI standard electronic remittance advice (ERA) transaction that provides payment information on a submitted claim.*

*Claim Adjustment Reason Codes (CARCs) and Remittance Advice Remark Codes (RARC)s Update*

*As a reminder, Medicare policy states that:*

- *Claim Adjustment Reason Codes (CARCs) are required in the remittance advice and coordination of benefits transactions, and*
- *Remittance Advice Remark Codes (RARC)s are required in the remittance advice for both paper and electronic formats.*

*When the payment differs from the amount being billed, Payers communicate the reason for any adjustment using:*

- *Group Codes (which identify who is financially responsible for the amount that the payer is not reimbursing),*
- *CARCs (which provide an explanation why an amount is being adjusted), and*
- *RARC)s (which provide a supplemental explanation about the adjustment) Any RARC that has the word “Alert” is an informational remark code that does not provide any supplemental explanation for a specific adjustment but provides general information related to adjudication.*

*The following table includes Group Codes currently being used by CMS:*

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

Código de Grupo Group Code	Definición / Definition
CO	Obligación Contractual (el proveedor es responsable financieramente) <i>Contractual Obligation (Provider is financially responsible)</i>
PR	El paciente es responsable (el proveedor podrá cobrar la cantidad al paciente) <i>Patient responsibility (Provider can collect the amount from patient)</i>
OA	Otro Ajuste (Generalmente se utiliza para reportar situaciones de agrupar/separar códigos ("bundling/unbundling"), predeterminación de beneficios y pagos secundarios <i>Other Adjustment (Generally used to report bundling/unbundling situation, predetermination of benefits, and secondary payments)</i>
CR	Corrección (Utilizado al hacer correcciones o revertir transacciones) <i>Correction (Used with reversal and correction)</i>

La Guía de Implementación ANSI ASC X12N-835 (versión 004010A1) requiere CARCs (si es necesario), pero no requiere el uso de RARCs. Una versión que cumple con las regulaciones de la Ley HIPAA de la Guía de Implementación para transacción 835 (*Health Care Claim Payment & Remittance Advice*) se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/HIPAA>.

El Comité de Códigos que provee mantenimiento a los grupos de códigos CARC recientemente modificó cinco CARCs (16, 17, 96, 125, y A1). Estos CARCs fueron seleccionados para modificación porque eran muy genéricos y se utilizaban con mucha frecuencia. De estos cinco CARCs, los siguientes cuatro ahora requieren el uso de al menos un RARC apropiado, y entraron en vigencia el **1 de abril de 2007**.

*The ANSI ASC X12N-835 Implementation Guide (version 004010A1) requires CARCs (if needed) but does not require use of RARCs. A HIPAA compliant version of the Implementation Guide for transaction 835 (Health Care Claim Payment & Remittance Advice) is available at: <http://www.wpc-edi.com/HIPAA>.*

*The code committee that maintains the CARC code set recently modified five CARCs (16, 17, 96, 125, and A1). These CARCs were selected for modification because they were very generic, and they were used most frequently. Of these 5 CARCs, the following 4 now require the use of at least one appropriate RARC, and they are **effective April 1, 2007**:*

CARC	Definición / Definition
16	Reclamación/servicio carece de información necesaria para la adjudicación. Información adicional se suministra haciendo uso de los códigos RARCs, cuando sea apropiado. Este cambio entró en vigor el 1 de abril de 2007: Debe proveer al menos un (1) Código de Comentario (que puede estar compuesto por un RARC o un Código de Razón de Denegación NCPDP). <i>Claim/service lacks information which is needed for adjudication. Additional information is supplied using remittance advice remarks codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i>

Cont. on next page



# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

CARC	Definición / Definition
17	<p>Pago ajustado debido a que no se proveyó la información solicitada, o la misma era incompleta/ insuficiente. Información adicional se suministra haciendo uso de los códigos RARC, cuando sea apropiado. Este cambio entró en vigor el 1 de abril de 2007: Debe proveer al menos un (1) código de Comentario (que puede estar compuesto por un RARC o un Código de Razón de Denegación NCPDP).</p> <p><i>Payment adjusted because requested information was not provided or was insufficient/incomplete. Additional information is supplied using the remittance advice remarks codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i></p>
96	<p>Cargo(s) no cubierto(s). Este cambio entró en vigor el 1 de abril de 2007: Debe proveer al menos un (1) código de Comentario (que puede estar compuesto por un RARC o un Código de Razón de Denegación NCPDP).</p> <p><i>Non-covered charge(s). This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i></p>
125	<p>Pago ajustado debido a error(es) en la facturación o al someter la reclamación. Información adicional se suministra haciendo uso de los códigos RARC, cuando sea apropiado. Este cambio entró en vigor el 1 de abril de 2007: Debe proveer al menos un (1) código de Comentario (que puede estar compuesto por un RARC o un Código de Razón de Denegación NCPDP).</p> <p><i>Payment adjusted due to a submission/billing error(s). Additional information is supplied using the remittance advice remarks codes whenever appropriate. This change to be effective 4/1/2007: At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the Remittance Advice Remark Code or NCPDP Reject Reason Code.)</i></p>

El CARC que queda (que se detalla a continuación) también requiere por lo menos un RARC, pero en entró vigor el **1 de junio de 2007**.

*The remaining 1 CARC (which follows) also requires at least one RARC, but it is effective **June 1, 2007**.*

CARC	Definición / Definition
A1	<p>Cargos denegados en la reclamación</p> <p><i>Claim denied charges</i></p>

CMS ha dado instrucciones a sus Contratistas de Medicare para que analicen el uso actual de los RARCs con CARCs 16, 17, 96, y 125, y que determinen si algún RARC existente (que no está en uso actualmente) es apropiado para explicar un ajuste. Sus Contratistas de Medicare pueden comenzar a usar cualquiera de los RARCs existentes con los CARCs 16, 17, 96, 125 y A1.

*CMS instructed your Medicare contactor(s) to analyze their current use of RARCs with CARCs 16, 17, 96, and 125, and determine if any existing RARCs (that are not currently being used) may be appropriate to explain an adjustment. Your Medicare contractor(s) may start using any of the currently existing RARCs with CARCs 16, 17, 96, 125, and A1.*

**Nota:** La lista más actualizada de RARCs está disponible en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes>.

**Note:** *The most current list of RARCs can be found at: <http://www.wpc-edi.com/codes>.*

Además, el comité que da mantenimiento a los códigos de razón aprobó el siguiente CARC, vigente el 28 de febrero de 2007:

*In addition, the committee that maintains reason codes approved the following CARC effective February 28, 2007:*

Cont. on next page

# Aviso de Remesa

# Remittance Advice

CARC	Definición / Definition
204	<p><b>Este servicio / equipo / medicamento no está cubierto bajo el plan de beneficios actual del paciente.</b></p> <p><i><b>This service/equipment/drug is not covered under the patient's current benefit plan</b></i></p>

Sus contratistas Medicare pueden hacer uso del CARC 204, en lugar del CARC 96, y un código de comentario apropiado, por ejemplo, el N130.

*Your Medicare contractor(s) may use CARC 204 instead of CARC 96 and an appropriate remark code, e.g., N130.*

RARC	Definición / Definition
N130	<p><b>Consulte los documentos sobre beneficios del plan para información sobre las restricciones para este servicio.</b></p> <p><i><b>Consult plan benefit documents for information about restrictions for this service</b></i></p>

El RARC N130 se utilizará con el CARC 96 como una combinación automática del sistema para reportarse en todas las reclamaciones DME si:

*RARC N130 will be used with CARC 96 as a default combination to be reported on all DME claims if:*

- Su contratista de Medicare no ha asignado un código, y
- El servicio no está cubierto por Medicare

- *No code has been assigned by your Medicare contractor, and*
- *The service is not covered by Medicare.*

## Mejoras a la aplicación de impresión Medicare Remit Easy Print (MREP)

## **Medicare Remit Easy Print (MREP) Enhancement**

CMS desarrolló una aplicación de impresión llamada "Medicare Remit Easy Print" (MREP), que brinda a los proveedores una herramienta para leer e imprimir una Remesa de Pago Electrónica (RA por sus siglas en inglés) en un formato fácil de leer. Los proveedores que usan MREP tienen la capacidad de imprimir documentación que se puede utilizar para reconciliar cuentas a pagar; también les permite crear documentos que se pueden incluir con los envíos de reclamaciones a pagadores secundarios/terciarios para la Coordinación de Beneficios. Usted puede encontrar información relacionada con la aplicación de impresión MREP e instrucciones sobre cómo obtenerla a través de su contratista de Medicare.

*CMS developed Medicare Remit Easy Print (MREP) software that gives providers a tool to read and print an electronic remittance advice (RA) in a human readable format. Providers who use the MREP software have the ability to print paper documentation that can be used to reconcile accounts receivable, as well as create document(s) that can be included with claims submissions to secondary/tertiary payers for Coordination of Benefits. Information regarding MREP and instructions on obtaining MREP are available through your Medicare contractor.*

En un esfuerzo continuo para mejorar la aplicación de impresión MREP, CMS estableció un proceso para recibir sugerencias de los proveedores, contratistas y el personal de CMS, sobre cómo mejorar la funcionalidad y efectividad de la aplicación. La próxima versión actualizada

*In a continuing effort to improve MREP, CMS established a process to receive suggestions to enhance the functionality and effectiveness of MREP from providers, contractors, and CMS staff. The next updated version of MREP that*

Cont. on next page

## Aviso de Remesa

del MREP, que incorpora mejoras aprobadas por CMS, estará disponible en julio 2007. Note que el plazo para la actualización de las mejoras al MREP ha cambiado de octubre a julio.

### Información Adicional

El CR5634 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI, RHHI, A/B MAC o DME MAC sobre este cambio; la misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1267CP.pdf>.

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

## Remittance Advice

*incorporates improvements approved by CMS will be available in July 2007. Note that the timeline for the annual MREP enhancement update has changed from October to July.*

### Additional Information

*The official instruction, CR5634, issued to your carrier, FI, RHHI, A/B MAC, or DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1267CP.pdf> on the CMS web site.*

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

Pub. MM5634/ Trans R1267CP / CR5634 /06-15-07/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DEL AVISO DE REMESA (RARC) Y CÓDIGOS DE ADJUDICACIÓN DE RECLAMACIÓN (CARC)

La petición de cambio (CR) 5800, de la cual se tomó este artículo, anuncia las actualizaciones más reciente de los Códigos del Aviso de Remesa utilizados en el Aviso de Remesa electrónica y en papel. Además, de la actualización de los códigos de adjudicación de reclamación utilizadas en el Aviso de Remesa electrónica y en papel, y en transacciones de reclamaciones de coordinación de beneficios. Estos cambios estarán vigentes el 1 de enero de 2008.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5800.pdf>.

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

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

*CR 5800, from which this article is taken, announces the latest update of Remittance Advice Remark Codes used in electronic and paper remittance advice and Claim Adjustment Reason Codes used in electronic and paper remittance advice and coordination of benefits (COB) claim transactions. These changes will be effective January 1, 2008.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5800.pdf> on the CMS website.*

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

CR5800/Trans. R1384CP/MM5800/MOA

## **Centro de Enfermería Especializada (SNF)**

### **ÉDITOS ADICIONALES ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO (CWF) PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA (CB) DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) – PARTE II**

Vigente para fechas de servicio en o después del 1 de abril de 2001, la petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5757, le da instrucciones a los contratistas de Medicare y los MAC de A/B a modificar los éditos existentes de terapia para procesar reclamaciones de la Parte B para asegurar que todos los servicios de terapia estén sujetos a la facturación consolidada de los Centros de enfermería especializada (SNF, según sus siglas en inglés) cuando se presten durante una estadía en un SNF cubierto o no cubierto.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5757.pdf>.

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

## **Skilled Nursing Facility (SNF)**

### **ADDITIONAL COMMON WORKING FILE (CWF) EDITING FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) - PART II**

*Effective for dates of service on or after April 1, 2001, Change Request (CR) 5757, instructs Medicare carriers and A/B MACs to modify the existing therapy edit for Part B claims processing to ensure that all therapy services are subjected to SNF consolidated billing edits when provided in a covered or non-covered SNF stay.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5757.pdf> on the CMS website.*

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

CR5757/Trans. R1365CP/MM5757 ab



## Contrato

### PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del "Balanced Budget Act" (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del "Social Security Act". Específicamente, el "BBA" añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare. La Sección 1128A del "SSA" define el término "persona" como "una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario." Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, a continuación la lista de los proveedores reinstalados y en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

## Enrollment

### SANCTIONED PROVIDERS

*Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the "Medicare and Medicaid Programs Protection Act". They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.*

*Section 4304 of the Balanced Budget Act (BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program. Section 1128A of the Social Security Act defines the term "person" to include "organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary". This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, following is the list of the reinstated providers, and on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:*

Providers Reinstated to the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Baéz López, Roberto	32 Victor Salaberry Guánica, PR 00653	February 26, 2008
Dávila Aponte, Wanda E.	Montecasinos - 63 Calle Nogal Toa Alta, PR 00953	February 26, 2008
Jiménez Casso, José J.	Carr. 152 KM 8.1 - Bo. Quebradillas Barranquitas, PR 00794	May 8, 2007
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	January 26, 2006
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	January 26, 2006
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quintón Coamo, PR 00769	December 15, 2005
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	January 26, 2006
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Río Verde Caguas, PR 00725	January 26, 2006

Cont. on next page

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Álvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Néstor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Dávila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De León 11 Calla Granada Mayagüez, PR 00680	January 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. Croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enríquez, José M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamón, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, José L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Río Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Báez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las América Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Díaz Ríos, Pedro J.	Rosado Med. Bldg. - 358 Font Martelo Humacao, PR 00791	August 10, 2006
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Río Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
García Medina, Benjamín A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb. Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jiménez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
López Morales, Ángel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001

Cont. on next page

# Contrato

# Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Montañez López, Carlos W.	Óptica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quinton Coamo, PR 00769	December 20, 1998
Nevarez Sostre, Edgar	Urb. Jardines / Calle 9 #B-4 Dorado, PR 00694	December 20, 2006
Olivari Milán, José A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Área de Yauco Clínicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

Updated: February 26, 2008/SS-SCV

# National Provider Identifier (NPI)

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PROVEEDORES/SUPLIDORES RELACIONADO CON ERRORES EN EL SISTEMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y ENUMERACIÓN DEL PROVEEDOR (NPPES)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recomienda que los médicos, proveedores y suplidores validen sus datos en el Sistema Nacional de Planificación y Enumeración del Proveedor (NPPES). Esto se debe a que Medicare utiliza la información entrada en NPPES para obtener y mantener el Identificador Nacional del Proveedor (NPI), para procesar reclamaciones. Si la información que entró en NPPES no es correcta, sus reclamaciones se pueden rechazar.

Algunos de los errores más comunes identificados desde que Medicare comenzó a implementar NPI en su sistema se relacionan al Seguro Social Patronal, datos inválidos e incompletos en la sección de “Otros Identificadores del Proveedor” en la solicitud en línea de NPPES, reportar un identificador incompleto, teniendo más números legados que lo permitido y reportando números legados que no le pertenece al solicitante. Deben tomar en cuenta cuando se reporten otros números de identificación de proveedores en NPPES, que los médicos o profesionales de la salud de Medicare deben incluir sus números de UPIN y PIN, pero no deben incluir el PIN de los grupos médicos o clínicas que sean miembros. En el caso de grupos médicos o clínicas deben incluir el número PIN pero no el UPIN o PIN de los miembros.

Por otro lado, los datos de pruebas de CMS indican un alto volumen de reclamaciones recibidas, donde la combinación de NPI y número legado no se puede validar por el *Crosswalk* de Medicare del NPI. Para aquellos proveedores que facturan electrónicamente a Medicare Parte B y el contratista MAC de

## IMPORTANT INFORMATION FOR PROVIDERS/SUPPLIERS REGARDING NATIONAL PLAN AND PROVIDER ENUMERATION SYSTEM (NPPES) ERRORS

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) recommends that physicians, providers, and suppliers validate their NPPES data. This is because the information entered into the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) in order to obtain and maintain your National Provider Identifier (NPI) is used by Medicare in processing claims. If the information you entered in NPPES is not correct, your claims may be rejected.*

*Some of the most common errors identified since Medicare started to implement the NPI into its systems are related to information entered regarding Employer Identification Number (EIN), invalid or incomplete data within the ‘Other Provider Identifiers’ section of the NPPES online application, reporting an Incomplete Identifier, having more than the allowable number of Legacy Numbers and listing Legacy Numbers that do not belong to the applicant. Keep in mind that Medicare physicians or other practitioners applying for an NPI should include their UPIN (if one was assigned) and PIN, but should NOT include the PIN of the group practice or clinic they may be affiliated to. As for Medicare group practices or clinics, they should include their PIN, but should NOT include the PINs or UPINs of any of the members.*

*On the other hand, CMS test data indicates that a high volume of claims have been received where the NPI/legacy identifier combinations cannot be validated by the Medicare NPI crosswalk. For providers who submit electronic claims to Medicare Part B*

Cont. on next page



# National Provider Identifier (NPI)

Parte A/B, aunque validen sus datos en NPPES, someter el NPI en los encasillados incorrectos puede causar el rechazo de las reclamaciones. Hasta el momento, las reclamaciones con identificadores de NPI y número legado inválidos no se rechazan, porque los contratistas de Parte B establecieron una lógica en los sistemas que permite el proceso de las reclamaciones que indican parejas inválidas con el número legado. Una vez se elimine esta lógica las reclamaciones serán rechazadas.

Si usted determina que debe llevar a cabo cambios a sus expedientes de NPPES, puede hacer los cambios accediendo NPPES en el <https://nppes.cms.hhs.gov/> en cualquier momento y actualizar su información.

Para información más detallada puede ir a la siguiente dirección electrónica en el Web: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0725.pdf>.

*carriers and A/B MACs, even if the NPPES data has been validated your, failure to properly submit the NPI in the correct loops may cause the claim to reject. As of the date of this article, claims with NPI/legacy identifiers are not rejecting because Part B contractors, have “crosswalk bypass” logic in their system that will allow invalid pairs to process on the legacy number. Once this system logic is removed claims will reject.*

*If you determine that you should make changes to your NPPES records, you may do so by going to NPPES at <https://nppes.cms.hhs.gov/> at any time and update your information.*

*For more detailed information, you may go to the following web address: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0725.pdf>.*

SE0725/ab-rrc

## ACTUALIZACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA SOMETER LA NOTIFICACIÓN DEL IDENTIFICADOR NACIONAL DE PROVEEDOR (NPI)

Esta Petición de Cambio (CR) revisa las políticas actuales de la División de Contrataciones de Proveedores relacionada a las circunstancias bajo la cual el proveedor o suplidor debe someter copia de su notificación del Identificador Nacional del Proveedor (NPI, según sus siglas en inglés) al contratista de Medicare. En resumen, ya no se le requerirá al proveedor someter al contratista una copia de la notificación del NPI que recibe del Sistema de Enumeración de Planes y Proveedores (NPPES) a menos que le sea solicitado. Similarmente, si el proveedor obtuvo el NPI vía el mecanismo del Archivo Electrónico de Intercambio (EFI, según sus siglas en inglés) el proveedor no necesita someter una copia de la notificación que recibe de la Organización EFI, al menos que se lo solicite el contratista. Si el contratista solicita documentación en papel del NPI del proveedor,

## UPDATE TO REQUIREMENT TO SUBMIT NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) NOTIFICATION

*This change request revises the Division of Provider and Supplier Enrollment’s (DPSE) current policy relating to the circumstances under which a provider or supplier must submit a copy of its National Provider Identifier (NPI) notification to the Medicare contractor. 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*

Cont. on next page

## National Provider Identifier (NPI)

el último podrá aceptar una copia de la página con los detalles del Registro del NPI del proveedor como prueba de una copia de la notificación del NPI.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5795.pdf>.

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

*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.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5795.pdf> on the CMS website.*

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

CR5795/Trans. 227/MM5795 ab

### RECHAZO DE SOLICITUD DE ESTATUS DE RECLAMACIONES X12 276 POR FALTA DE IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR

Toda solicitud de estatus de reclamación sometida utilizando los estándares EDI adoptados bajo HIPAA para uso nacional, deben utilizar el NPI requerido por HIPAA exclusivamente para identificar al proveedor. Aquellas reclamaciones donde no se utilice el NPI serán devueltas al remitente comenzando el 23 de mayo de 2008. La misma política será aplicada a la solicitud de estatus de reclamaciones DDE/PPTN/PINQ y a esas pantallas que revelan el estado de la reclamación por Internet que le son permitidas operar a algunos contratistas bajo un programa de demostración vía Internet. La programación para estos cambios estará preparada para activarse el 23 de mayo de 2008 pero no se deberán acceder hasta que CMS notifique a las entidades responsables de así hacerlo.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5726.pdf>.

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

### REJECTION OF X12 276 CLAIM STATUS REQUESTS THAT LACK NATIONAL PROVIDER IDENTIFIERS (NPIS)

*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.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5726.pdf> on the CMS website.*

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

CR5726/Trans. 301/MM5726 ab



**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**PRSRT STD**

**U.S. POSTAGE PAID**

**SAN JUAN, P.R.**

**PERMIT NO. 2563**

**RETURN SERVICE REQUESTED**