

# ¡Qué Bueno Que Preguntó!

## **CAMBIO DE TARIFAS EN EL MPFS VIGENTE EL 1 DE JULIO DE 2008 - - - CR6087; ACTUALIZACIÓN DE JULIO DEL 2008 A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFSDB)**

Los archivos de pago emitidos a los contratistas estaban basados en las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS). La petición de cambio (CR 6087) enmienda esos archivos de pago e incluye códigos nuevos para el "Physician Quality Reporting Initiative". Existen dos grupos diferentes de archivos de pago asociados a esta petición de cambio:

Cont. en página 5

---

## We Are Glad You Asked!

### ***MPFS RATE CHANGE EFFECTIVE JULY 1, 2008 - - - CR6087; JULY UPDATE TO THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE (MPFSDB)***

*Payment files were issued to contractors based upon the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) Final Rule. This change request (CR6087) amends those payment files and includes new codes for the Physician Quality Reporting Initiative. There are two different sets of payment files associated with this CR:*

Cont. on page 5



Emission Date: June 20, 2008

Volume 94 / April, May, and June 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 de tarifas en el MPFS .....	portada y página 5
Preguntas frecuentes sobre NPI .....	5
Preguntas frecuentes DMEPOS .....	8

### Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer .....	10
---	----

### Recursos de Información y Educación

Seguridad de la información .....	11
Manejo de información de identificación personal ..	15
Extensión de las fechas de bonos HPSA .....	16
Modificación a la carta modelo de redeterminación	17
Acceso autorizado de individuos a "CMS Computer..."	17
- 3er artículo .....	17
Actualización en el código de comentario .....	18
Acceso autorizado de individuos a "CMS Computer..."	19
- 2do artículo .....	19
Página web para añadir o eliminar códigos postales .	19
Actualización anual del 2008 para el pago de bono HPSA .....	21
Revisión a las instrucciones relacionadas con los estándares .....	23

### HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	27
--	----

### Política Médica

Visitas en hospital y servicios de manejo de alta del hospital .....	30
Actualización a las políticas de audiología .....	32
Pruebas psicológicas y neurológicas .....	33
Actualización de los códigos de facturación cesación del fumar .....	38

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.

### Política Médica

Utilización del código HCPCS V2787 .....	40
Aclaración de los requisitos para la medida de BMM .	43
Agente estimulador de Eritropoyesis .....	44

### Políticas de Pago

Actualizaciones trimestrales de los éditos CCI .....	45
Manualización del pago por servicios relacionados a ESRD .....	47
Pago de servicios de observación en hospital .....	51
Nuevas pruebas con dispensa .....	53
Aclaración al CR5744 - pago permitido para la vacuna de la influenza .....	57
Requisitos para el pago per capita mensual ESRD ....	60
Pago por visita a paciente hospitalizado - general ....	62
Actualización de abril 2008 a la base de datos de MPFSDB .....	64
Nuevos modificadores HCPCS al facturar por servicios a pacientes .....	67
Pago por el servicio inicial de cuidado hospitalario ....	70
Actualización de emergencia a la base de datos del MPFSDB .....	72
Pago para servicios relacionados a la administración de inmunoglobulina .....	74

### Laboratorio

Cambios a la ley de extensión de los programas Medicare, Medicaid y CHIP .....	75
Nueva prueba automatizada para el algoritmo de pago para el panel AMCC .....	77
Actualización anual 2008 a las tarifas fijas .....	79
Códigos HCPCS sujetos a y excluidos del CLIA .....	80
Implementación del proyecto de demostración de oferta competitiva .....	82

### Medicamentos

Proceso para enmendar el compendio .....	83
Archivo trimestral de abril 2008 de ASP .....	88
Aclaración adicional al capítulo 17 - procesamiento modificador JW .....	95
Actualización trimestral a la lista de medicamentos ...	96
Códigos HCPCS "C" adicionales para medicamentos	97
Cambios al sistema de números de orden de receta .	99
Actualizaciones trimestrales al programa CAP .....	102

### Reclamaciones

Actualización a los códigos de categoría de estatus	105
Aclaración relacionada a la transferencia Medigap ..	106

### Contrato

Proveedores Reinstalados/Sancionados .....	107
Consolidación de los números de acceso de transacción .....	110
Prohibición del uso del número de identificación legado para FFS .....	113

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!

MPFS Rate Change .....	Cover and page 5
Frequently Ask Questions - NPI .....	5
Frequently Ask Questions - DMEPOS .....	8

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

Medicare Program Opt-Out Providers .....	10
--	----

### Information and Education Resources

Information Security .....	11
Handling Personally Identifiable Information .....	15
Extension of the Dates of Service Eligible .....	16
Modification to the Model Medicare Redetermination .	17
Individuals Authorized Access to CMS Computer - 3rd Article .....	17
Remittance Advice Remark Code .....	18
Individuals Authorized Access to CMS Computer - 2nd Article .....	19
Website for Additions and Deletions of Zip Codes.....	19
2008 Annual Update for the HPSA Bonus .....	21
Revision to Instructions Relating to Compliance .....	23

### HIPAA

Vendors/Providers that has tested X12N Format ....	27
--	----

### Medical Policy

Hospital Visits and Hospital Discharge .....	30
Update to Audiology Policies .....	32
Psychological and Neuropsychological Tests .....	33
Smoking and Tobacco Use Cessation Counseling ....	38
Use of HCPCS V2787 when Billing Astigmatism .....	40
Clarification of Bone Mass Measurement .....	43
Erythropoiesis Stimulating Agents .....	44

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 Updates to CCI .....	45
Manualization of Payment for Outpatient ESRD .....	47
Payment for Hospital Observation Services .....	51
New Waived Tests .....	53
Clarification to CR5744 Payment Allowance Influenza Virus .....	57
Teaching Physician Requirements for ESRD .....	60
Payment for Inpatient Hospital Visits - General .....	62
April Update to the 2008 MPFSDB .....	64
New HCPCS Modifiers when Billing for Patient Care .	67
Payment for Initial Hospital Care Services .....	70
Emergency Update to the 2008 MPFSDB .....	72
Medicare Payment for Pre-Administration Intravenous Immune .....	74

### Laboratory

Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act-2007..	75
Clinical Lab New Automated Test for AMCC Panel ....	77
2008 Annual Update for Clinical Laboratory Fee Schedule .....	79
HCPCS Codes Subject to and Excluded from CLIA Edits .....	80
Implementation of the Medicare Clinical Laboratory Services .....	82

### Drugs

Process for Amending the List of Compendia for Determination .....	83
April 2008 Quarterly ASP Medicare Part B Drug Pricing .....	88
Additional Clarification to Chapter 17 - Drug Claims with JW Modifier .....	95
Part B Drug CAP Quarterly Drug List .....	96
Additional Payable HCPCS "C" Drug Codes in ASCS .....	97
Systems Changes for Prescription Order Numbers....	99
Quarterly CAP Drug and Annual CAP Drug Price Updates .....	102

Claim Status Category Code and Claim Status Code .....	105
Clarification Regarding the Medigap Claim-Based Crossover .....	106

### Enrollment

Reinstated/Sanctioned Providers .....	107
Collapsing Medicare Provider Transaction Access Number .....	110
Medicare Fee for Service Legacy Providers IDS...	113

MOA-2008

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### DE LA PORTADA...

1. archivos con cambios retroactivos al 1 de enero de 2008 con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2008 con archivos de pago calculados utilizando el límite de ajuste geográfico de trabajo y el factor de conversión de **\$38.0870** (0.5 por ciento de actualización), como resultado de la Ley de Extensión para Medicare, Medicaid, y SCHIP del 2007 y
2. archivos con cambios vigentes el 1 de julio de 2008 con archivos de pagos calculados utilizando el factor de conversión de **\$34.0682**, un factor de actualización de 0.899 y sin el ajuste geográfico de trabajo, la cual fue la metodología delineada en la Reglamentación Final del 2008, pero fue retrasada como resultado de la Ley de Extensión para Medicare, Medicaid, y SCHIP del 2007.

Favor de referirse al CR6087 en la dirección electrónica <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1528CP.pdf> y al MM6087 en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6087.pdf> para todos los detalles.

## We Are Glad You Asked!

### FROM THE COVER PAGE...

1. *files with changes retroactive to January 1, 2008 with dates of service January 1, 2008 through June 30, 2008 with payment files calculated using the extended floor work geographic adjustment and the conversion factor of **\$38.0870** (0.5 percent update), as a result of the Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007 and*
2. *files with changes effective July 1, 2008 with payment files calculated using the conversion factor of **\$34.0682**, update factor of 0.899 and without the work geographic adjustment, which is the previous payment methodology that was outlined in the 2008 MPFS Final Rule, but was delayed as a result of the Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007.*

Please refer to CR6087 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1528CP.pdf>, and MM6087 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6087.pdf> for complete details.

MM6087-06-10-08/rrc

### PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE NPI

1. **¿Qué tipo de NPI debe solicitar un proveedor que no ha incorporado su práctica?**

Un proveedor que no ha incorporado su practica ("sole proprietor" /dueño único) se clasifica como individual y sólo es elegible a un NPI tipo 1. Este proveedor debe solicitar el NPI con su nombre y el seguro social individual (SSN) aunque se le haya otorgado un seguro social patronal (TIN/EIN) para propósito de su negocio o nómina de empleados.

2. **¿Qué puedo hacer si mi PTAN creó pareo "crosswalk" con el NPI incorrecto?**

En este caso, se le requiere que complete un formulario CMS 855 correspondiente solicitando el cambio del NPI y sometiendo certificación del NPI correcto.

### FREQUENTLY ASK QUESTIONS RELATED TO NPI

1. **What type of NPI should a sole proprietor request?**

*A sole proprietor is an individual provider and therefore is only eligible for a type 1 (individual) NPI. A sole proprietor should request their NPI with their name and social security (SSN) even if they have been issued a tax identification number (TIN/EIN) for their employees.*

2. **What can I do if my PTAN created the crosswalk with an incorrect NPI?**

*In this case, you are required to complete the corresponding CMS 855B or 855I requesting a change to your NPI and submitting the certification of the correct NPI.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### 3. ¿Cómo puedo yo, un individuo que ha incorporado su práctica, facturarle a Medicare?

Usted debe completar la Sección 4A de la formulario CMS 855I con la información de la corporación. Al hacer esto, está reasignando sus beneficios a su corporación. Este formulario debe someterse al contratista acompañado de la CMS 588 para pago directo, evidencia de ambos NPI (individual y de corporación), certificación de la corporación y los documentos requeridos para la inscripción al programa Medicare para su especialidad. El contratista le asignará un número de acceso de transacción del proveedor (PTAN) para la corporación y su PTAN individual será cerrado.

### 4. ¿Puedo consolidar todos mis números de acceso de transacción del proveedor (PTAN) bajo un PTAN y crear un crosswalk entre este PTAN y mi NPI de organización?

Si un proveedor tiene distintos PTAN para varios locales, puede seleccionar el de su preferencia y consolidar los demás PTAN bajo ese número si cada local de negocio es de la misma especialidad. Por ejemplo: Si usted tiene cuatro (4) laboratorios clínicos, puede seleccionar uno de los PTANs que le asignó el contratista y consolidar los otros tres (3) PTANs bajo este PTAN. La ventaja de hacer esto sería que a la hora de validar su información con el contratista sólo se le requerirá completar un formulario CMS 855 para las cuatro localidades. No obstante, el no mantener sus licencias al día para su PTAN de preferencia resultará en la denegación de todas sus reclamaciones sin importar el lugar en que se prestó el servicio.

### 5. ¿Cómo puedo consolidar mi PTAN?

Los proveedores o suplidores pueden solicitar que su contratista consolide sus PTANs sometiendo una carta con membrete al contratista de Medicare.

## We Are Glad You Asked!

### 3. *How can I, an individual that incorporated my practices, bill Medicare as such?*

*If you wish to bill Medicare under the corporate name, first, you should inform Medicare of the change in entity type by completing Section 4A of the CMS 855I form. Section 4A notifies the contractor that you wish to reassign your benefits to the corporation. This form should be submitted to the contractor accompanied by the CMS 588 form for direct deposit, copy of the both NPI (individual and corporation) certificate, certification of the corporation's existence and the enrollment documents required for your specialty. For internal controls purpose the contractor will assign you a new Provider Transaction Access Number (PTAN) for the corporation.*

### 4. *Can I collapse all my Provider Transaction Access Number (PTAN) under one PTAN and create the crosswalk between this PTAN and my organization NPI?*

*If the provider has a different PTAN for several practice locations, you can select the PTAN of your preference and collapse the remaining PTANs under one PTAN if each location has the same provider specialty. For example: If you have four (4) clinical laboratories you may choose one of the PTANs that the contractor assigned you and consolidate the remaining three (3) under that PTAN. The advantage of doing this is that if you are required to validate your information with the contractor you will be able to do so by filling out 1 CMS 855 for all four locations. However, failure to submit licenses for your preferred PTAN will cause the denial of all claims regardless of the location in which the service is rendered.*

### 5. *How can I collapse my PTAN?*

*Providers and suppliers can request their carrier or A/B MAC collapse their PTANs by submitting a letter on their letterhead to the Medicare contractor. The letter must contain*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

Dicha carta debe incluir el seguro social patronal del proveedor/entidad o el seguro social, la fecha de vigencia del PTAN y esta carta debe ser firmada por el representante autorizado de la organización. Además, debe completar las siguientes secciones de la CMS 855b:

- Sección 1.A. – indica que usted está cambiando información.
- Sección 1.B. – Información del local de la práctica;
- Sección 2.B.3. – Dirección postal.
- Sección 3. – acciones legales adversas/Convicción;
- Sección 4 – debe fotocopiar esta sección y completar una por cada local incluyendo el PTAN y NPI correspondiente. Además, debe identificar cual PTAN se mantendrá activo y cuales serán cerrados.
- Sección 13. – Persona contacto; y
- Sección 15 – declaración de la certificación.

### 6. **Tengo dos números de proveedor legado, uno para un centro de cirugía ambulatorio (ASC) y otro para un laboratorio clínico. ¿Puedo consolidar uno bajo el otro?**

Ya que estos proveedores de servicios médico tienen distintos métodos de pago (los pagos al ASC se basan en la región y a los laboratorios se le paga el 100%), éstos pueden facturarse utilizando un NPI, pero los dos (2) PTAN deben mantenerse activos.

RR-DG/06-18-08/Comm. Office

## We Are Glad You Asked!

*the provider/entity Tax Identification number (TIN) or individual providers Social Security Number, effective dates for the collapsed PTANs; and this letter must be signed by an authorized representative of the organization. You must also complete the following sections of the CMS 855B:*

- Section 1.A. – You are changing your information;*
- Section 1.B. – Practice Location Information;*
- Section 2.B.3. – Correspondence Address;*
- Section 3. – Adverse Legal Actions/Convictions;*
- Section 4 – should be replaced with a spreadsheet containing all the PTANs for the group and its individuals with associated NPIs, all practice location addresses for the group and any special payment address, and identify on the spreadsheet of which group/individual PTANS are to remain active and which are to be end dated.*
- Section 13. – Contact person; and*
- Section 15 – Certification Statement.*

### 6. ***I have two (2) PTANs one for an ASC and the other for a Clinical Laboratory. Can I consolidate them under one?***

*Since these health care providers have different payment methods (ASC payments depend on the region they are assigned to & Clinical Labs receive 100% of the Medicare allowed fee) they can be billed using the same NPI but you must maintain both PTANs active.*

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### PREGUNTAS FRECUENTES – PROGRAMA DE SUBASTA COMPETITIVA - DMEPOS

#### 1. ¿Cuáles son las categorías de productos o suplidos que ganaron la subasta para Puerto Rico?

Los siguientes equipos médicos o suplidos fueron subastados para Puerto Rico:

- Sillas de ruedas estándares y motorizadas y equipos y suplidos relacionados.
- Andadores y suplidos relacionados.
- Dispositivos de Presión Positiva Continuos (CPAP) y Dispositivos de Asistencia Respiratoria (RADs) y accesorios relacionados.
- Terapia de Presión Negativa (NPWT), bombas y suplidos y accesorios relacionados.
- Suplidos por correo para diabéticos.

#### 2. ¿Qué sucederá con el beneficiario que tiene uno de estos cinco equipos o suplidos luego del 1 de julio de 2008?

Todo beneficiario de Medicare Tradicional que viva en uno de los 41 municipios bajo la subasta competitiva y que tenga uno de estos equipos médicos o suplidos con una compañía NO contratada por Medicare bajo la subasta competitiva, tendrá la opción de mantener su equipo rentado con dicha compañía, pero la compañía tendrá que recibir el pago de Medicare establecido bajo la subasta competitiva. Si la compañía de equipo médico no desea continuar recibiendo el pago de Medicare bajo la subasta competitiva, tendrá que indicarle al beneficiario que debe seleccionar una compañía contratada. Para ésto, ambas compañías tendrán que hacer los arreglos de transición en un período de 30 días a partir de la notificación al beneficiario.

## We Are Glad You Asked!

### FREQUENTLY ASK QUESTIONS - DMEPOS COMPETITIVE BIDDING PROGRAM

#### 1. Which are the product or supply categories that won the bid for Puerto Rico?

*The following medical equipment or supplies were awarded for Puerto Rico:*

- Standard and motorized wheelchairs and related equipment and accessories.*
- Walkers and related supplies*
- Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Devices, Respiratory Assist Devices (RADs), and Related Supplies and Accessories*
- Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) Pumps and Related Supplies and Accessories*
- Mail-Order Diabetic Supplies*

#### 2. What will happen with the beneficiary that has one of these five items or supplies after July 1, 2008?

*Every beneficiary of Medicare FFS that lives in one of the 41 municipalities that are subject to the DME Competitive Bidding program and has one of these items or supplies with a company that was NOT contracted by Medicare under the program shall have the option of maintaining their rented medical equipment with that company. However the company shall receive payment based on the fee established under the competitive bidding program. If the company does not wish to continue receiving payment the established fee, they must inform the beneficiary that they should select a company that is contracted under the program. In this case both companies must make the necessary arrangements to transition in a period of 30 days from the date beneficiary was notified.*

*Cont. on next page*



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### 3. ¿Qué sucede con el beneficiario que vive fuera de los 41 municipios (CBA) indicados bajo la subasta?

Estos beneficiarios que residen fuera del CBA pueden continuar recibiendo sus equipos y/o suplidos como hasta el presente y el proveedor de equipo médico puede continuar facturando dichos servicios a Medicare como hasta el presente.

### 4. ¿Aplica a los Planes de Medicare Advantage?

NO. La Subasta Competitiva de Equipos Médicos y Suplidos aplica solamente a Medicare Tradicional.

### 5. ¿Todas las compañías contratadas tendrán que ofrecer las 5 categorías de equipos y suplidos?

NO. Las compañías ofrecerán los equipos médicos o suplidos para los cuales se llevaron la subasta. Puede ser desde uno hasta cinco de las categorías contratadas para esta primera ronda.

### 6. ¿Debe estar la compañía contratada ubicada en uno de los 41 municipios?

NO. La compañía contratada no tiene que estar ubicada en uno de los 41 municipios, pero debe tener la capacidad de entregar estos cinco equipos o suplidos a los 41 municipios.

### 7. ¿Cuáles son los 41 municipios que están bajo la subasta competitiva de equipos médicos y suplidos que comienza el 1 de julio de 2008?

Aguas Buenas, Aibonito, Arecibo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ciales, Cidra, Comerío, Corozal, Dorado, Florida, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Loíza, Manatí, Morovis, Maunabo, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Quebradillas, Río Grande, San Juan, San Lorenzo, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Alta, Vega Baja y Yabucoa.

## We Are Glad You Asked!

### 3. *What happens with the beneficiary that live outside the 41 municipalities (CBA) indicated under the competitive bidding program?*

*The beneficiaries that live outside the CBA can continue to receive their medical equipment and supplies from the company that has supplied them up to this moment and the company can continue to bill these services to Medicare.*

### 4. *Does this apply to Medicare Advantage plans?*

*NO. The DME POS Competitive Bidding program applies only to Medicare FFS.*

### 5. *Do all the companies contracted have to offer the 5 categories of medical equipment and supplies?*

*NO. The companies will offer the medical equipment and supplies that they were awarded in the bidding. These can be from one to five of the categories contracted in the first round.*

### 6. *Should the companies contracted be located in the 41 municipalities?*

*NO. The contracted companies do not have to be located in the 41 municipalities, but must have the capacity to deliver the awarded equipments or supplies to the 41 municipalities.*

### 7. *Which are the 41 municipalities that are subject to the DMEPOS Competitive Bidding Program that begins July 1, 2008?*

*Aguas Buenas, Aibonito, Arecibo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ciales, Cidra, Comerío, Corozal, Dorado, Florida, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Loíza, Manatí, Morovis, Maunabo, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Quebradillas, Río Grande, San Juan, San Lorenzo, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Alta, Vega Baja, and Yabucoa.*

RR-DG/06-18-08/Comm. Office

## 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 31 de octubre de 2007:

## 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 October 31, 2007:*

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	1/13/2009
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. October 31, 2007/SS-SC-Contract Section

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

#### OBJETIVO:

Medicare reconoce la importancia de proteger los sistemas de información de daños que puedan ocasionarles individuos conocidos o desconocidos. En este artículo presentamos elementos de seguridad importantes para el área de informática.

La seguridad de la información es un esfuerzo de equipo que conlleva la participación y apoyo de los proveedores que transmiten reclamaciones utilizando la aplicación de SES comunicación y de cada empleado de Medicare. Es responsabilidad de cada usuario de computadoras conocer estas guías y realizar sus actividades de acuerdo a ellas.

#### PROPÓSITO Y ALCANCE:

A continuación, se delinearán algunos términos y recomendaciones para nuestra comunidad médica y su personal de facturación sobre el manejo y la seguridad de la información, así como de la protección del equipo de computadoras.

El uso inadecuado de las computadoras expone a la División Medicare a riesgos como los ataques de virus y daños a los servicios y sistemas. Debido a la necesidad de proteger la integridad de la red de Medicare, nuestra comunidad médica debe:

1. Salvaguardar contra accesos no autorizados la confidencialidad de la información de salud manejada, almacenada en cualquier equipo o recurso, o transmitida.
2. Practicar buen criterio de manejo de la información y tomar en cuenta el uso razonable del sistema para propósito profesional.
3. Seguir los procedimientos existentes para el uso de la aplicación de SES comunicación.
4. Clasificar la información de Medicare como confidencial y sensible.
5. Hacer lo posible para evitar el acceso innecesario y no autorizado a la información.

## Information and Education Resources for Providers

### INFORMATION SECURITY

#### OBJECTIVE:

*Medicare recognizes the importance of protecting the information systems from harm that may be caused by known or unknown sources. In this article, we will share important elements of security from the information technology standpoint.*

*Information security is a team effort that entails the participation and support of the providers that transmit claims using the SES Comunicación application and from each Medicare employee. It is the responsibility of each computer user to know these guidelines and to perform his/her activities in accordance with them.*

#### PURPOSE AND SCOPE:

*Following are some terms and recommendations for our healthcare professionals and their billing agents regarding the handling and security of the information as well as the protection of computer equipment.*

*Inappropriate use of the computers exposes the Medicare Division to adverse risks, such as virus attacks and service and systems dangers. Due to the necessity to protect the integrity of the Medicare network, our medical community must:*

1. *Safeguard against unauthorized access the confidentiality of health information handled, stored in any means or equipment, or transmitted.*
2. *Practice good judgment when handling the information and take into consideration the reasonable use of the system for professional purposes.*
3. *Follow the existing procedures for the use of the SES Comunicación application.*
4. *Classify Medicare information as confidential and sensitive.*
5. *Prevent unnecessary and unauthorized access to the information.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

6. Mantener seguras las contraseñas y no compartir su cuenta con otros. El proveedor será responsable por sus cuentas de usuario y contraseñas y de las acciones llevadas a cabo bajo su clave de acceso.
7. Solicitar el cambio de su contraseña periódicamente. Si usted sospecha que alguien obtuvo su contraseña, informe inmediatamente al 787-749-4949, ext. 6498 para cambiar la misma.
8. Instalar la activación automática del "screensaver" con contraseña, por razones de seguridad contra intrusos, en las PCs y "laptops" para prevenir el acceso a simple vista de la información y los datos desplegados en la pantalla. La mayoría de los sistemas operativos proveen esta cualidad. Esta pantalla debe activarse a los cinco (5) minutos de inactividad. Si va a abandonar el área de trabajo, debe bloquear el acceso a la computadora mediante mecanismos automáticos o haciendo "signoff" o "log-off". Si ha finalizado sus tareas, deberá apagar la máquina y su monitor para evitar intentos de acceso no autorizado a la misma. Apagando su sistema evita que el procesador se sobre caliente y pierda la información contenida en la máquina.
9. Manejar con especial cuidado la información contenida en las máquinas portátiles, ya que es más sensitiva a vulnerabilidades. Los requisitos y especificaciones de seguridad para el ambiente de PCs aplican de igual manera al uso de conexiones remotas.
10. Recomendar al usuario o persona encargada ser extremadamente cuidadoso al abrir mensajes o archivos adjuntos a los correos electrónicos ("e-mails") provenientes de cuentas desconocidas. Los mismos pueden contener códigos maliciosos. Asegure su máquina con un programa de antivirus y verifique que sus definiciones se actualicen por lo menos una vez a la semana.

## Information and Education Resources for Providers

6. *Keep passwords secured and not share the user account with others. The provider is responsible for his/her passwords and user accounts and of the activities performed with his password.*
7. *Request periodically changes of passwords. If you suspect that somebody obtained your password, contact us immediately at (787) 749-4949, ext. 6498 for a password change.*
8. *Install the automatic activation of the screen saver with a password, for security reasons against intruders, in personal computers and laptops to prevent the access to the information and data displayed on the screen. The majority of the operative systems provide this feature. This screen must activate after five (5) minutes of inactivity. If you are going to leave the work area, access to the computer must be blocked through automated mechanisms or by sign-off, logoff. To avoid unauthorized access to information, once you have finished your work, the computer and the monitor must be turned-off. Turning off the computer will prevent system overheating and the loss of the information.*
9. *Handle with special care the information contained in laptops since it is more sensitive to vulnerabilities. The security requirements and specifications for the PC environment also apply to the use of remote connections.*
10. *Recommend to the user or person in charge to be extremely careful when opening emails or file attachments from unknown accounts. Such files can contain malicious codes. Secure your computer with an antivirus application and verify that the virus definitions are updated at least once a week.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

11. Verificar todos los discos compactos (“CDs”) y “3½ floppy” (“diskettes”) donde almacena las reclamaciones y cualquier otra información electrónica antes de accederlos en su máquina o entregarlos a Medicare. La entrega de discos es una alternativa viable en caso que se active el Plan de Contingencias.
12. Corroborar que el número de teléfono del destinatario es el correcto al enviar un fax con información sensible. De igual manera, notificar al destinatario que recibirá un comunicado para que esté pendiente. Recomendamos que añada texto adicional solicitando la destrucción del comunicado si éste no es recibido por el destinatario.
13. Destruir la información sensible y confidencial contenida en papel, entiéndase la información de salud de clientes, siempre y cuando no vaya a utilizarse en el futuro. Para la destrucción de la misma se recomienda utilizar trituradores de papel de corte cruzado (“Cross-cut Shredders”). La información contenida en discos debe eliminarse formateando los mismos varias veces, destruyéndolos por completo o utilizando herramientas diseñadas con ese propósito.
14. La División Medicare divulgará aquellos procedimientos a seguir antes, durante y después de emergencias en caso de que el sistema de SES Comunicación no esté en funcionamiento para asegurar que las reclamaciones se procesen a tiempo.

### CONCEPTOS IMPORTANTES:

1. **PC** – recurso electrónico que permite procesar, almacenar y transmitir datos contenidos en archivos a través de la instalación mediante el uso de programas y/o aplicaciones que llevan a cabo una función específica.
2. **Antivirus** – programa que con las últimas actualizaciones, puede detectar, detener y eliminar códigos maliciosos tales como virus, caballos de Troya, gusanos y otros.

## Information and Education Resources for Providers

11. *Check all CDs and diskettes where claims and other electronic information have been stored before inserting them into the computer or bringing them to Medicare. Disc delivery is a viable alternative in the activation of the Contingency Plan.*
12. *Corroborate that the addressee phone number is correct when sending a fax with sensitive information. You can also notify the addressee that you will be sending a fax. We recommend that you add a footnote or endnote that states that the information should be destroyed if received by other than the addressee.*
13. *Destroy sensitive and confidential information (customer’s health information) contained in paper, as long as it will not be used in the future. For the destruction, “Cross-cut Shredders” are recommended. The information contained in discs must be eliminated formatting the same many times or destroying them using tools designed for that purpose.*
14. *The Medicare Division will disclose the procedures to follow before, during and after emergencies in case the SES Comunicación System is not functioning, to assure that the claims are processed on time.*

### IMPORTANT CONCEPTS:

1. **PC** – an electronic resource that allows to process, to save and to transmit file information throughout the installation by using function specific programs and or applications.
2. **Antivirus** – a program that with the latest updates can detect, detains and removes malicious codes such as viruses, Trojan horses, worms and others.

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

3. **“Laptop”** (computadora portátil) – Computadora personal compacta que puede transportarse de un lado a otro con facilidad.
4. **Acceso remoto** – privilegio otorgado a los usuarios con necesidad real de acceder un servicio, computadoras, servidor o una red a distancia. Este medio necesita configuraciones y consideraciones adicionales de seguridad para mitigar riesgos de interceptación de datos por personas no autorizadas.
5. **“E-mail”** (correo electrónico) – medio de comunicación electrónica transmitido a través del Portal Electrónico por un usuario del servicio público o privado.
6. **“Sign-off o log off”** – desligar del sistema la cuenta de un usuario para cerrar una sesión de acceso autorizado.
7. **Código malicioso** – programa o comando que genera alguna gestión maliciosa en contra de un sistema, aplicación o recurso de informática.
8. **“Screensaver”** con contraseña – imagen animada en el monitor de las computadoras que se activa si el usuario no utiliza el sistema por un periodo de tiempo determinado para evitar el acceso no autorizado a la misma.
9. **Vulnerabilidad** – debilidad del sistema que puede ser de naturaleza técnica, de configuración, humana o ambiental.
10. **Contraseña** – serie de caracteres secretos que usualmente van acompañados por un nombre de usuario que combinados permiten acceder un archivo, computadora, programa o sistema. La contraseña ayuda a no permitir el acceso no autorizado.

## Information and Education Resources for Providers

3. **Lap top** – portable personal computer
4. **Remote access** – privilege granted to users with real necessity to access a service, computers, server or a network at a distance. This media needs additional configurations and security considerations to reduce the risks of unknown people intercepting information.
5. **E-mail** – electronic communication media transmitted through Internet
6. **Sign-off or log-off** – get the user account off the system to close an authorized access
7. **Malicious codes** – program or command that generates a malicious action against a system, application or information resource
8. **Screen saver with password** – animated image activated in the computer monitor for a certain period to prevent the unauthorized access to the computer
9. **Vulnerability** – system weakness that can be of a technical, configuration, human or environmental nature
10. **Password** – a series of secret characters that usually go accompanied by a user name which combined allow the access to a file, computer, program or system. The password helps prevent unauthorized access.

ISG/rrc/2007

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### MANEJO DE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (PII) EN EL RESUMEN DE MEDICARE (MSN)

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare, 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 Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME MACs por sus siglas en inglés).

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Cuando el número HICN (*Health Insurance Claim Number*) y el nombre del beneficiario no parean en una reclamación sometida a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios y A/B MACs, éstos la devolverán al proveedor como “no procesable”. Cuando los proveedores no institucionales someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B o A/B MACs de Medicare que no resultan en un pareo del nombre y el HICN, la reclamación será devuelta con el código de razón 140 (*El número de identificación del Paciente/Seguro de Salud y el nombre no parean*).

Además, vigente el 7 de enero de 2008, en TODOS los MSN, los primeros cinco dígitos del HICN serán sustituidos con “XXX-XX” para evitar mostrar la información de identificación personal del beneficiario de Medicare (PII por sus siglas en inglés). Esto aplica a MSNs de pago, no pago y copias duplicadas.

#### Trasfondo

Este artículo se basa en el CR5770, el cual describe nuevos procedimientos resultantes de la implementación por parte de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) de la Ley de Privacidad y la Ley HIPAA (*Privacy Act and the Health Insurance Portability and Accountability Act*).

## Information and Education Resources for Providers

### HANDLING PERSONALLY IDENTIFIABLE INFORMATION (PII) ON THE MEDICARE SUMMARY NOTICE (MSN)

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare Carriers, Fiscal Intermediaries, (FIs), Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs)).*

#### What You Need to Know

*When the Health Insurance Claim Number (HICN) and name of the beneficiary do not match on the submitted claim, Medicare carriers, intermediaries, and A/B MACs will return the claim to the provider as unprocessable. When non-institutional providers submit claims to Medicare carriers or A/B MACs that do not result in a match on name and HICN, the claim is returned with reason code 140 (Patient/Insured health identification number and name do not match).*

*In addition, effective January 7, 2008, on ALL MSNs, the first 5 digits of the HICN will be replaced with “XXX-XX” to avoid displaying the Medicare beneficiary’s personally identifiable information (PII). This applies to pay, no-pay, and duplicate copies of the MSN.*

#### Background

*This article is based on CR5770, which describes new procedures resulting from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) implementation of the Privacy Act and the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). CR 5770 ensures that (1) MSNs are not issued when the HICN and name do not match, and (2) beneficiaries’ PII is protected on the MSN.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### Información Adicional

Usted puede ver la instrucción oficial (CR5770), enviada a su Contratista de la Parte B de Medicare, FI, A/B MAC o DME MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1399CP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

### Additional Information

You may see the official instruction, CR5770, issued to your Medicare Carrier, FI, A/B MAC or DME MAC at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1399CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5770 / Trans R1399CP / CR5770 / 12-19-07 / mlv rrc

## EXTENSIÓN DE LAS FECHAS DE SERVICIO PARA EL PAGO DE BONOS POR ÁREA DE ESCASEZ MÉDICA

La sección 413(a) de la ley de modernización de Medicare (MMA) del 2003 requiere que CMS pague el 5 por ciento de bono a los médicos designados en área de escasez (PSA, según sus siglas en inglés). El periodo inicial vigente para el pago de bonos PSA fue el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2007. Medicare, Medicaid y la ley de extensión del 2007 del *State Children's Health Insurance Program (SCHIP)* enmienda la §1833 (u)(1) de la ley del Seguro Social, extendiendo el pago del bono PSA hasta el 30 de junio de 2008. Los Intermediarios Fiscales, A/B MACs y FISS implementarán esta petición de cambio el 7 de enero de 2008. Los contratistas y A/B MACs implementarán este CR ano más tardar de 30 días de haberse emitido.

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/MM5937.pdf>.

## EXTENSION OF THE DATES OF SERVICE ELIGIBLE FOR THE PHYSICIAN SCARCITY AREA (PSA) BONUS PAYMENT

Section 413(a) of the Medicare Modernization Act (MMA) of 2003 required CMS to pay a 5 percent bonus payment to physicians in a designated PSA. The initial effective period of the PSA bonus payment was for dates of service January 1, 2005 through December 31, 2007. The Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program (SCHIP) Extension Act of 2007 amended §1833(u)(1) of the Social Security Act, extending the PSA bonus payment through June 30, 2008. Fiscal Intermediaries, A/B MACs and FISS will implement this Change Request (CR) on January 7, 2008. Carriers and A/B MACs will implement this CR no later than 30 days from issuance.

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/MM5937.pdf> on the CMS website.

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

CR5937/Trans.R1434CP/MM5937



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

### **MODIFICACIÓN A LA CARTA MODELO DE REDETERMINACIÓN DE MEDICARE (PARA UNA REDETERMINACIÓN PARCIAL O COMPLETAMENTE DESFAVORABLE)**

La petición de cambio (CR) 5836 (por sus siglas en inglés), del cual se obtiene este artículo, modifica el formulario de Solicitud de Reconsideración que se incluye en la carta modelo de redeterminación de Medicare, para aclarar el grupo de elementos mínimos que usted debe completar en el formulario; de manera que la solicitud pueda considerarse como válida para la reconsideración. Usted debe asegurarse que su personal de facturación esté consciente de que se deben completar los encasillados 1, 2a, 6, 7, 11 y 12 del formulario de Solicitud de Reconsideración.

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/MM5836.pdf>.

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

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

### **MODIFICATION TO THE MODEL MEDICARE REDETERMINATION NOTICE (FOR PARTLY OR FULLY UNFAVORABLE REDETERMINATIONS)**

*CR 5836, from which this article is taken, modifies the Reconsideration Request Form that is included with the model Medicare Redetermination Notice to clarify the minimum set of elements on the form that you must complete in order for the request to be considered valid for reconsideration. You should make sure that your billing staffs are aware that they must complete items 1, 2a, 6, 7, 11, and 12 on this Reconsideration Request Form.*

*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/MM5836.pdf> on the CMS website.*

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

CR5836/Trans. R1408CP/MM5836

### **ACCESO AUTORIZADO DE INDIVIDUOS A CMS COMPUTER SERVICES - PROVIDER COMMUNITY (IACS-PC): EL TERCERO EN UNA SERIE DE ARTICULOS SOBRE EL IACS**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) anunciará formalmente la nueva aplicación en línea que permitirá a los proveedores de pago por servicio (FFS, según sus siglas en inglés) de Medicare acceder, actualizar y someter información a través del Internet.

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

*The Centers of Medicare and Medicaid Services (CMS) will be formally announcing new online enterprise applications that will allow Medicare Fee-For-Service (FFS) providers to access, update, and submit information over the Internet.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

Estas aplicaciones nuevas de CMS son aquellas auspiciadas y manejadas por CMS y no incluyen aplicaciones del Internet ofrecidas por el Intermediario Fiscal/Contratista de la Parte B/MAC de Parte A/B. Los detalles sobre estas aplicaciones se anunciarán según estén disponibles.

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/SE0754.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

*CMS enterprise applications are those hosted and managed by CMS and for the most part do not include internet applications offered by FI/carrier/MAC. Details of these provider applications will be announced as they become available.*

*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/SE0754.pdf> on the CMS website.*

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

SE0754 ab rrc

## ACTUALIZACIÓN EN EL CÓDIGO DE COMENTARIO EN EL AVISO DE REMESA (RARC) Y EN EL CÓDIGO DE RAZÓN DE LA RECLAMACIÓN AJUSTADA (CARC)

Esta petición de cambio (CR) instruye a los contratistas y los que mantienen el sistema a que actualicen los códigos de aviso en la remesa y los códigos de razón del ajuste utilizados en las remesas electrónicas y de papel. Además, instruye a VIPS a que actualicen la base de datos de códigos que debe utilizarse en conjunto con la aplicación *Medicare Remit Easy Print* (MREP).

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/MM5942.pdf>.

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

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

*This Change Request (CR) instructs contractors and Shared System Maintainers to update the Remittance Advice Remark Codes and Claim Adjustment Reason Codes used in paper and electronic Remittance Advice. This also instructs VIPS to update the code database to be used in conjunction with the software - Medicare Remit Easy Print (MREP).*

*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/MM5942.pdf> on the CMS website.*

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

CR5942/Trans.R1475CP/MM5942

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ACCESO AUTORIZADO DE INDIVIDUOS A CMS COMPUTER SERVICES - PROVIDER COMMUNITY (IACS-PC): EL SEGUNDO EN UNA SERIE DE ARTICULOS SOBRE EL IACS

Este artículo contiene:

- Cuatro preguntas y respuestas sobre el proceso de registro para organizaciones de proveedores.
- Enlaces a guías de referencia rápida para completar el proceso de registro de las organizaciones de proveedores.

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/SE0753.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

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

*This article contains:*

- *Four questions and answers about the registration process for provider organizations.*
- *Links to the Quick Reference Guides for completing the registration process for provider organizations.*

*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/SE0753.pdf> on the CMS website.*

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

SE0753 ab rrc

## PÁGINA WEB PARA AÑADIR O ELIMINAR CÓDIGOS POSTALES QUE REQUIEREN LA EXTENSIÓN DE CUATRO DÍGITOS

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y otros proveedores de servicios de salud que someten reclamaciones a los Intermediarios Fiscales de Medicare (FIs por sus siglas en inglés), a los Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios pagaderos bajo el *Medicare Physician Fee Schedule* (MPFS) y por servicios de anestesia.

## WEBSITE FOR ADDITIONS AND DELETIONS OF ZIP CODES REQUIRING A PLUS FOUR ZIP CODE EXTENSION

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and other health care providers submitting claims to Medicare Fiscal Intermediaries (FIs), carriers, Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs) for services paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and for anesthesia services.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El código postal del lugar donde se prestan los servicios determina la localidad de pago para servicios pagaderos bajo el MPFS y por servicios de anestesia. Ciertos códigos postales caen dentro de una o más localidades de pago y se requiere el uso de la extensión de cuatro dígitos para asegurar el pago correcto. (Para más detalles sobre cómo reportar códigos postales, vea el artículo MLN Matters MM5208, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5208.pdf>.)

### Lo Que Usted Necesita Saber

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicarán en su sitio Web la lista de códigos postales que se eliminarán y añadirán a la lista de códigos postales que requieren el uso de la extensión de cuatro dígitos. También se publicará una lista completa de códigos postales que requieren el uso de la extensión de cuatro dígitos.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que el personal a cargo de la facturación de su oficina tenga conocimiento de estos recursos para verificar los requisitos de uso de códigos postales con la extensión de cuatro dígitos.

### Puntos Clave del CR5979

- Puede acceder un archivo que contiene los códigos de la lista de los códigos postales añadidos y eliminados que requieren el uso de la extensión de cuatro dígitos a través del siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/01_overview.asp). El archivo se llama "Zip Code Changes" y se encuentra disponible en la sección "Descargas" de ese sitio Web.
- Para acceder el archivo que contiene todos los códigos postales que requieren la extensión de cuatro dígitos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS:

## Information and Education Resources for Providers

### Provider Action Needed

*The ZIP code where services are rendered determines the payment locality for services paid under the MPFS and for anesthesia services. Certain ZIP codes fall into more than one payment locality and require a plus four ZIP code extension to ensure proper payment. (See the MLN Matters article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5208.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website for further details regarding ZIP code reporting.)*

### What You Need to Know

*The CMS will begin posting additions and deletions to the list of ZIP codes that require a plus four ZIP code extension on their website. A complete list of all ZIP codes requiring a plus four ZIP code extension will also be posted.*

### What You Need to Do

*Make certain your billing staffs are aware of these resources for checking plus four ZIP code extension requirements.*

### Key Points of CR5970

- *To access a file containing the quarterly additions and deletions to the list of ZIP Codes requiring a plus four extension refer to [http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/01_overview.asp) on the CMS website. The file is named "ZIP Code Changes" and can be found in the Downloads section of this web page.*
- *To access a file containing all ZIP Codes requiring a plus four extension, refer to [http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/01_overview.asp) on the CMS website.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

[http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmgtgen/01\\_overview.asp](http://www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmgtgen/01_overview.asp). El archivo se llama "ZIP Codes Requiring +4 Ext" y se encuentra en la sección "Descargas" de ese sitio Web.

- A la fecha de la publicación de una actualización trimestral nueva, los códigos añadidos y eliminados del trimestre anterior se incorporan al archivo llamado "ZIP Codes Requiring +4 Ext" y no se incluyen en el archivo "Zip Code Changes".

### Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5979) enviada a su FI, Contratista de la Parte B, A/B MAC o RHHI, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1480CP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

The file is named "ZIP Codes Requiring +4 Ext" and can be found in the Downloads section of this web page.

- Upon release of a new quarterly update, the previous quarter's additions and deletions are incorporated into the file name "ZIP Codes Requiring +4 Ext" file and are not included in the "ZIP Code Changes" file.

### Additional Information

To see the official instruction (CR5970) issued to your Medicare FI, carrier, A/B MAC or RHHI refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1480CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5970/ Trans R1480CP / CR5970 / 03-21-08/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL 2008 PARA EL PAGO DE BONO EN ÁREAS DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD (HPSA)

### Proveedores Afectados

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

### Impacto a los Proveedores

Este artículo se basa en el CR5698, el cual alerta a médicos, Contratistas de la Parte B, A/B MACs y FIs afectados, que la nueva información del pago del bono HPSA para 2008 estará disponible pronto. Este artículo es solamente de carácter informativo a los médicos

## 2008 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENT

### Provider Types Affected

Physicians and providers submitting claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), carriers, and fiscal intermediaries (FIs) for services provided in HPSAs.

### Impact on Providers

This article is based on Change Request (CR) 5698, which alerts affected physicians, carriers, A/B MACs and FIs that the new HPSA bonus payment information for 2008 will be available soon. This article is

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

que el pago automatizado de bonos en 2008 aplica a reclamaciones con fecha de servicio del 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2008.

### Trasfondo

El Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act de 2003 (Sección 413(b)) ordenó una actualización anual a los archivos de pago automatizado del bono HPSA, y CMS crea estos nuevos archivos automatizados anualmente. El archivo de pago del bono HPSA del 2008 se utilizará para el pago automatizado del bono para reclamaciones con fecha de servicio entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2008. Los médicos y proveedores deben examinar el sitio Web de CMS para determinar si el bono HPSA se les pagará automáticamente para servicios prestados en su código postal (ZIP Code) o si deben someter un modificador.

Además, los médicos encontrarán los archivos anuales de pago del bono HPSA, así como otra información importante sobre el bono HPSA, según la misma esté disponible, en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5698) enviada a su A/B MAC, Contratista o FI de Medicare se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1404CP.pdf>.

Para información de CMS sobre el HPSA/PSA (Bonos a Médicos), acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1404CP.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

*informational only for physicians that the 2008 automated bonus payments applies to claims with dates of service on or after January 1, 2008 through December 31, 2008.*

### Background

*The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (Section 413(b)) mandated an annual update to the automated HPSA bonus payment files, and the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) creates these new automated HPSA bonus payment files annually. The 2008 HPSA bonus payment file will be used for the automated bonus payment for claims with dates of service on or after January 1, 2008, through December 31, 2008. Physicians and providers should review the CMS website to determine whether a HPSA bonus will automatically be paid for services provided in their ZIP code area or whether a modifier must be submitted.*

*In addition, physicians will find annual HPSA bonus payment files, as they become available, and other important HPSA information at <http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/> on the CMS website.*

### Additional Information

*The official instruction (CR5698) issued to your Medicare A/B MAC, carrier, or FI is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1404CP.pdf> on the CMS website.*

*For the CMS information about HPSA/PSA (Physician Bonuses), you may visit: <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5698/ Trans R1404CP / CR5698 / 12-28-07/ mlv rrc

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### REVISIÓN A LAS INSTRUCCIONES RELACIONADAS CON LOS ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO PARA LOS CENTROS INDEPENDIENTES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (IDTFs)

#### Proveedores Afectados

Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs por sus siglas en inglés) que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) o a los Contratistas de la Parte B, por concepto de servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

#### Impacto en los Proveedores

El CR5856 incorpora en la Pub. 100-08, Capítulo 10, revisiones recientes al 42 CFR 410.33, respecto a los IDTFs y aclara provisiones en la Sección 4.19 del Capítulo 10.

#### Puntos Clave

A continuación se enumeran los puntos clave del CR5856:

- Cambios de propietario de IDTF, cambios de localización, cambios en supervisión general y acciones legales adversas deben reportarse al Contratista mediante el formulario CMS-855B dentro de los 30 días calendario después del cambio. Todo otro cambio en la información de registro de IDTFs debe reportarse dentro de los 90 días a partir del cambio.
- Para efectos del 42 CFR 410.33(g)(3), “hotel” o “motel” no se considera una “localidad apropiada”.
- Los suplidores de IDTFs que proveen servicios remotamente y que no reciben a los beneficiarios en la localidad de su práctica, están exentos de proveer acomodaciones adecuadas de lavado de manos y privacidad adecuada para el paciente.

## Information and Education Resources for Providers

### REVISION TO INSTRUCTIONS RELATING TO COMPLIANCE STANDARDS FOR INDEPENDENT DIAGNOSTIC TESTING FACILITIES (IDTFs)

#### Provider Types Affected

*Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs) submitting claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) or carriers for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### Impact on Providers

*Change Request (CR) 5856 incorporates into Pub.100-08, Chapter 10 recent revisions to 42 CFR 410.33, pertaining to IDTFs and clarifies provisions in Section 4.19 of Chapter 10.*

#### Key Points

*Listed below are the key points of CR5856:*

- *IDTF changes in ownership, changes of location, changes in general supervision, and adverse legal actions must be reported to the contractor via the CMS-855B within 30 calendar days of the change. All other changes to the IDTF's enrollment information must be reported within 90 calendar days.*
- *For purposes of 42 CFR 410.33(g)(3), hotel or motel is not considered an “appropriate site.”*
- *IDTF suppliers that provide services remotely and do not see beneficiaries at their practice location are exempt from providing hand washing and adequate patient privacy accommodations.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- El no mantener los seguros requeridos en todo momento resultará en la revocación de los privilegios de facturación de IDTFs, retroactivo a la fecha de vencimiento de la póliza. Los suplidores IDTFs son responsables de suministrar la información de contacto al agente de seguros que emite la póliza y el suscriptor (“*underwriter*”) de la misma. Además, los IDTFs deben:
  - Asegurar que la póliza de seguro permanece en vigor en todo momento y que provee cubierta mínima de \$300,000 por incidente; y
  - Notificar **por escrito** al Contratista designado de CMS sobre cualquier cambio o cancelación en póliza(s).
  - Contestar, documentar y mantener documentación de cualquier querrela clínica sometida por escrito por beneficiarios en la localidad física del IDTF. En el caso de IDTFs rodantes, la documentación deberá almacenarse en la oficina principal. Esto incluye, pero no se limita a:
    - ◆ El nombre, dirección, número telefónico y número de reclamación de seguro médico del beneficiario;
    - ◆ La fecha en que se recibió la querrela, el nombre de la persona que recibió la querrela, y un resumen de las acciones tomadas para resolver la misma; y
    - ◆ El nombre de la persona que toma la decisión y la razón para tal decisión, en caso de que no se lleve a cabo una investigación.
- Vigente el 1 de enero de 2008, con excepción de IDTFs rodantes y con base en hospital, un IDTF con base fija:
  - **NO** comparte localidad de su práctica con otro individuo u organización registrado/a con Medicare;
  - **NO** arrienda ni subarrienda sus operaciones o la localidad de su práctica a otro individuo u organización registrado/a con Medicare; o

## Information and Education Resources for Providers

- *Failure to maintain required insurance at all times will result in revocation of the IDTF's billing privileges retroactive to the date the insurance lapsed. IDTF suppliers are responsible for providing the contact information for the issuing insurance agent and the underwriter. In addition, the IDTF must:*
  - *Ensure that the insurance policy remains in force at all times and provides coverage of at least \$300,000 per incident; and*
  - *Notify the Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) designated contractor in writing of any policy changes or cancellations.*
  - *Answer, document, and maintain documentation of a beneficiary's written clinical complaint at the physical site of the IDTF (For mobile IDTFs, this documentation would be stored at their home office.). This includes, but is not limited to, the following:*
    - ◆ *The name, address, telephone number, and health insurance claim number of the beneficiary;*
    - ◆ *The date the complaint was received, the name of the person receiving the complaint, and a summary of actions taken to resolve the complaint; and*
    - ◆ *The name of the person making the decision and the reason for the decision, if an investigation was not conducted,*
- *Effective January 1, 2008, with the exception of hospital-based and mobile IDTFs, a fixed-base IDTF **does not**:*
  - *Share a practice location with another Medicare-enrolled individual or organization;*
  - *Lease or sublease its operations or its practice location to another Medicare-enrolled individual or organization; or*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

-- **NO** comparte equipo de pruebas diagnósticas utilizado en pruebas de diagnóstico inicial con otro individuo u organización registrado/a con Medicare. (Vea el 42 CFR, §410.33(g)(15).)

- Vigente el 1 de enero de 2008, si el contratista determina que un IDTF está arrendando o subarrendando sus operaciones a otra organización o individuo, el Contratista revocará los privilegios de facturación a Medicare de tal suplidor.

**Nota:** Mientras que la prohibición contra la práctica de compartir espacio o localidad de práctica entra en vigor el 1 de enero de 2008, para IDTFs de nuevo ingreso (incluyendo aquellas solicitudes que estén pendientes al 1 de enero de 2008), la provisión de compartir espacio establecida en el 42 CFR §410.33(g)(15)(i) para IDTFs que están actualmente ocupando el espacio de práctica de otro individuo u organización registrado/a con Medicare, no entrará en vigor hasta el 1 de enero de 2009.

- Vigente el 1 de enero de 2008, la fecha de radicación de la solicitud de registro a Medicare es la fecha en que el Contratista de Medicare recibe una solicitud de registro firmada que pueda procesar hasta su aprobación. (Vea el 42 CFR 410.33(i).)
- La fecha de vigencia de los privilegios de facturación para un IDTF de nuevo ingreso es la más reciente de las siguientes:
  - La fecha de radicación de la solicitud de ingreso a Medicare, que fue subsiguientemente aprobada por un contratista "Fee-for-Service" de Medicare; o
  - La fecha en que el IDTF comenzó a prestar servicios en la nueva localidad.
- Por tanto, un IDTF de nuevo ingreso no puede recibir reembolso por servicios suministrados antes de la fecha de vigencia de los privilegios de facturación.
- El Contratista notará que si rechaza una solicitud de un IDTF a partir del 1 de enero de 2008, y se somete una nueva solicitud más adelante, la fecha de radicación es la fecha en que el contratista recibe la nueva solicitud de ingreso.

## Information and Education Resources for Providers

-- *Share diagnostic testing equipment used in the initial diagnostic test with another Medicare-enrolled individual or organization. (See 42 CFR §410.33(g)(15).)*

- *Effective January 1, 2008, if the contractor determines that an IDTF is leasing or subleasing its operations to another organization or individual, the contractor will revoke the supplier's Medicare billing privileges.*

**Note:** *While the prohibition against the sharing of space at a practice location is effective on January 1, 2008 for newly-enrolling IDTFs (including those with applications that are still pending as of January 1, 2008), the space-sharing provision in 42 CFR §410.33(g)(15)(i) for IDTFs that are currently occupying a practice location with another Medicare-enrolled individual or organization will not become effective until January 1, 2009.*

- *Effective January 1, 2008, the filing date of the Medicare enrollment application is the date that the Medicare contractor receives a signed provider enrollment application that it is able to process to approval. (See 42 CFR 410.33(i).)*
- *The effective date of billing privileges for a newly enrolled IDTF is the later of the following:*
  - *The filing date of the Medicare enrollment application that was subsequently approved by a Medicare fee-for-service contractor; or*
  - *The date the IDTF first started furnishing services at its new practice location.*
- *A newly enrolled IDTF, therefore, may not receive reimbursement for services furnished before the effective date of billing privileges.*
- *The contractor will note that if it rejects an IDTF application on or after January 1, 2008, and a new application is later submitted, the date of filing is the date the contractor receives the new enrollment application.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- De acuerdo a lo establecido en el 42 CFR §410.33(b)(1), cada médico que supervisa debe limitarse a suministrar supervisión a un máximo de tres localidades IDTF. Esto aplica tanto a unidades rodantes como a instalaciones fijas, donde tres operaciones concurrentes tienen la capacidad de realizar pruebas.

### Información Adicional

Puede encontrar detalles completos sobre el CR5856 (la instrucción oficial enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R234PI.pdf>.

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

## Information and Education Resources for Providers

- *Under 42 CFR §410.33(b)(1), each supervising physician must be limited to providing supervision to no more than three IDTF sites. This applies to both fixed sites and mobile units where three concurrent operations are capable of performing tests.*

### Additional Information

*For complete details regarding this Change Request (CR), please see the official instruction (CR5856) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R234PI.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5856/ Trans R234PI / CR5856 / 01-18-08/ mlv rrc

# 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 tracasc@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 -- LSavino@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

### VISITAS EN HOSPITAL Y SERVICIOS DE MANEJO DE ALTA DEL HOSPITAL (CÓDIGOS 99231-99239)

#### Proveedores Afectados

Médicos y profesionales de la salud cualificados (NPPs por sus siglas en inglés), que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) y a los Contratistas de la Parte B, por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare durante una visita al hospital.

#### Impacto en los Proveedores

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) emitieron el CR5794 para alertar a los proveedores sobre lo siguiente:

- La política de pago a los médicos por visitas subsiguientes de cuidado en el hospital durante un periodo global de cirugía; y
- El uso apropiado de los servicios de manejo al paciente el día que es dado de alta del hospital para una visita final por el médico que le atiende y también para una declaración de muerte.

Refiérase a la sección **Puntos Clave** de este artículo para una lista completa de actualizaciones.

#### Trasfondo

El CR5794 actualiza el Capítulo 12, Sección 30.6.9.2 del *Medicare Claims Processing Manual*. La sección actualizada de este manual se incluye como anejo al CR5794 y su dirección electrónica en el Web se encuentra disponible en la sección **Información Adicional** de este artículo. La cantidad de pago del Manual de Tarifa Fija a Médicos de Medicare para procedimientos quirúrgicos incluye todos los servicios (ejemplo: Servicios de Evaluación y Manejo) que forman parte del pago global de la cirugía. Por tanto, médicos y NPPs cualificados deben observar que Medicare no pagará más de dicha cantidad cuando la factura esté fragmentada porque es un procedimiento por fases.

#### Puntos Clave

De acuerdo al CR5794, las estipulaciones del manual actualizado son las siguientes:

## Medical Policy

### HOSPITAL VISITS AND HOSPITAL DISCHARGE DAY MANAGEMENT SERVICES (CODES 99231 - 99239)

#### Provider Types Affected

*Physicians and qualified nonphysician practitioners (NPPs), submitting claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and carriers for services provided to Medicare beneficiaries during a hospital visit.*

#### Impact on Providers

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued Change Request (CR) 5794 to alert providers to updates regarding:*

- *Physician payment policy for Subsequent Hospital Care visits during a global surgery period; and*
- *The appropriate use of Hospital Discharge Day Management Services for a final hospital visit by the attending physician and also for a death pronouncement.*

*See the Key Points section of this article for a complete list of the updates.*

#### Background

*This CR5794 updates Chapter 12, section 30.6.9.2 of the Medicare Claims Processing Manual. The updated section of this manual is attached to CR5794, which is available at the Web address listed in the Additional Information section of this article. The Medicare physician fee schedule payment amount for surgical procedures includes all services (e.g., evaluation and management services) that are part of the global surgery payment. Therefore, physicians and qualified nonphysician practitioners (NPPs) should note that Medicare will not pay more than that amount when a bill is fragmented for staged procedures.*

#### Key Points

*The updated manual provisions according to CR5794 are as follows:*

Cont. on next page

## Política Médica

- Médicos y NPPs cualificados deben recordar que las Visitas Subsiguientes de Cuidado en el Hospital (Códigos CPT 99231-99233) no son pagaderas por separado durante un periodo global de cirugía, aún cuando la factura esté fragmentada por ser un procedimiento por fases.
- Un Servicio de Manejo el Día de Alta del Hospital (Código CPT 99238 ó 99239) es un servicio de Evaluación y Manejo (E&M) de contacto cara a cara entre el paciente y el médico de cabecera.
- Solamente el médico de cabecera según el expediente (o el médico que actúa en representación de éste) deberá reportar el Servicio de Manejo el Día de Alta del Hospital (Código CPT 99238 ó 99239).
- Médicos y NPPs cualificados que manejan problemas de salud concurrentes, no manejados primariamente por el médico de cabecera, deben usar el código de Cuidado Subsiguiente en Hospital utilizando el rango de códigos CPT 99231-99233 para una visita final.
- El médico o NPP cualificado debe reportar el Servicio de Manejo del Día de Alta del Hospital en la fecha real de la visita, aún si el paciente es dado de alta en otro día calendario.
- CMS le recuerda a los médicos y NPPs cualificados que solamente pagará un día de Servicio de Manejo del Día de Alta del Hospital por paciente, por estadía en el hospital.
- La documentación relacionada al servicio de manejo el día de alta del hospital es pagadera a través del trabajo pre y post-servicio de un servicio de Evaluación y Manejo (E&M).
- Médicos y NPPs cualificados no deben facturar ambos servicios, Visita Subsiguiente de Cuidado en Hospital y el Servicio de Manejo del Día de Alta del Hospital, en la fecha calendario de alta.
- Médicos y NPPs cualificados deben notar que la admisión y la alta del hospital en la misma fecha debe reportarse haciendo uso de los códigos de Servicio de Observación o Cuidado en Hospital (incluyendo Servicios de

## Medical Policy

- *Physicians and qualified NPPs shall remember that Subsequent Hospital Care visits (Common Procedural Terminology (CPT) codes 99231 - 99233) are not separately payable during the global surgery period even when a bill is fragmented for a staged procedure.*
- *A Hospital Discharge Day Management Service (CPT code 99238 or 99239) is a face-to-face evaluation and management (E/M) service between the attending physician and the patient.*
- *Only the attending physician of record (or physician acting on behalf of the attending physician) shall report the Hospital Discharge Day Management Service (CPT code 99238 or 99239).*
- *Physicians and qualified NPPs who manage concurrent health care problems not primarily managed by the attending physician shall use the Subsequent Hospital Care code from CPT code range 99231-99233 for a final visit.*
- *The physician or qualified NPP shall report the Hospital Discharge Day Management Service for the date of actual visit even if the patient is discharged on a different calendar date.*
- *CMS reminds physicians and qualified NPPs that only one Hospital Discharge Day Management Service is payable per patient per hospital stay.*
- *Paperwork involved in patient discharge day management services is paid through the pre- and post-service work of an E/M service.*
- *Physicians and qualified NPPs shall not bill both a Subsequent Hospital Care visit and a Hospital Discharge Day Management Service on the calendar date of discharge.*
- *Physicians and qualified NPPs should note that a hospital admission and discharge on the same day should be reported using the Observation or Inpatient Care Services*

Cont. on next page

## Política Médica

Admisión y Alta), rango de códigos CPT 99234-99236, cuando se cumple con los criterios específicos de Medicare identificados en el Capítulo 12, Sección 30.6.9.1 del *Medicare Claims Processing Manual*.

- Solamente el médico que personalmente realiza la declaración de muerte podrá facturar el servicio cara a cara de Manejo del Día de Alta del Hospital (Códigos CPT 99238 ó 99239).
- La fecha de la declaración de muerte deberá reflejarse en la fecha de servicio en el día calendario en que se prestó el servicio, aun si la documentación se retrasa para una fecha subsiguiente.

### Información Adicional

Usted puede tener acceso a la instrucción oficial (CR5794) 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/R1460CP.pdf>.

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

## Medical Policy

*(Including Admission and Discharge Services) from CPT code range 99234 - 99236 when specific Medicare criteria identified in Chapter 12, Section 30.6.9.1 of the Medicare Claims Processing Manual are met.*

- *Only the physician who personally performs the pronouncement of death shall bill for the face-to-face Hospital Discharge Day Management Service (CPT codes 99238 or 99239).*
- *The date of the death pronouncement shall reflect the date of service on the calendar date it was performed even if the paperwork is delayed to a subsequent date.*

### Additional Information

*You may see the official instruction (CR5794) issued to your Medicare A/B MAC or carrier by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1460CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5794/ Trans R1460CP / CR5794 / 02-22-08/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN A LAS POLÍTICAS DE AUDIOLOGÍA

Este artículo se basa en el CR5717, el cual alerta a los proveedores afectados que existen actualizaciones al lenguaje en el *Medicare Benefit Policy Manual (MBPM)*, Capítulo 15, secciones 80.3 y 230.3 y el *Medicare Claims Processing Manual (MCPM)*, Capítulo 12, sección 30.3. Estos cambios a los manuales resaltan asuntos de codificación, incluyendo implantes auditivos como aparatos protéticos, diferenciar las funciones de patólogos del habla-lenguaje y audiólogos en la rehabilitación auditiva, y discuten la política relacionada a pruebas auditivas automatizadas.

Para detalles completos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5717.pdf>.

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

## UPDATE TO AUDIOLOGY POLICIES

*This article is based on Change Request (CR) 5717, which alerts affected providers that there are updates to language in the Medicare Benefit Policy Manual (MBPM) Chapter 15, sections 80.3 and 230.3 and the Medicare Claims Processing Manual (MCPM) Chapter 12, section 30.3. These manual changes highlight coding issues, including auditory implants as auditory prosthetic devices, differentiate the functions of speech-language pathologists and audiologists in aural rehabilitation, and discuss policy related to automated hearing testing.*

*For complete details, please go to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5717.pdf> on the CMS website.*

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

MM5717/Trans. R84BP/CR5717-mlv/rrc



## Política Médica

### PRUEBAS SICOLÓGICAS Y NEUROSICOLÓGICAS

#### Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) por la prestación de pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente el 1 de enero de 2006, los Contratistas de la Parte B y FIs pagarán (de acuerdo a la base de datos del MPFS de Medicare) por pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico que se encuentran entre el rango de códigos CPT del 96101 hasta el 96120.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) anuncian la revisión a los códigos CPT para pruebas psicológicas y neuropsicológicas (códigos del 96101 hasta el 96120) para incluir pruebas realizadas por técnicos y por computadoras (Códigos CPT 96102, 96103, 96119 y 96120), además de aquellas realizadas por médicos, psicólogos clínicos, psicólogos en la práctica privada y otros profesionales de la salud cualificados (según se describe más adelante en la sección **Trasfondo**).

#### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que el personal a cargo de facturación en su oficina tenga conocimiento sobre estos cambios en códigos CPT.

#### Trasfondo

La cubierta de la Parte B de Medicare para pruebas psicológicas y neuropsicológicas está autorizada bajo la sección 1861(s)(3) de la Ley de Seguro Social, y el pago de dichas pruebas está autorizado bajo la sección 1842(b)(2)(A) del Acta de Seguro Social.

Los códigos CPT para dichas pruebas se encuentran entre el rango de códigos del 96101 hasta el 96120.

## Medical Policy

### PSYCHOLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL TESTS

#### Provider Types Affected

*Providers who bill Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for the provision of diagnostic psychological and neuropsychological tests.*

#### Provider Action Needed

*Effective January 1, 2006, carriers and FIs will pay (under the Medicare physician fee schedule (MPFS) database) for diagnostic psychological and neuropsychological tests that are within the CPT code range of 96101 through 96120.*

#### What You Need to Know

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announces the revision of the CPT codes for psychological and neuropsychological tests (codes 96101 through 96120) to include tests performed by technicians and computers (CPT codes 96102, 96103, 96119 and 96120) in addition to those performed by physicians, clinical psychologists, independently practicing psychologists and other qualified non-physician practitioners (as described in Background, below).*

#### What You Need to Do

*Make sure that your billing staffs are aware of the CPT code changes.*

#### Background

*Medicare Part B coverage of psychological tests and neuropsychological tests is authorized under section 1861(s)(3) of the Social Security Act, and payment for these tests is authorized under section 1842(b)(2)(A) of the Social Security Act.*

*The CPT codes for these tests are included in the range of codes from 96101 to 96120.*

Cont. on next page

## Política Médica

Los códigos apropiados para facturar pruebas psicológicas son: 96101, 96102, 96103, 96105, 96110, y 96111; para facturar pruebas neuropsicológicas, los códigos son: 96116, 96118, 96119 y 96120. Todas las pruebas entre el rango de códigos CPT 96101-96120 están cubiertas y se reflejan como códigos activos en la base de datos del MPFS.

Más específicamente, el CR5204, del cual se extrae este artículo, establece que (vigente el 1 de enero de 2006) los códigos CPT para pruebas psicológicas y neuropsicológicas incluyen pruebas realizadas por técnicos y por computadoras (Códigos CPT 96102, 96103, 96119 y 96120), además de las pruebas realizadas por médicos, psicólogos clínicos, psicólogos en la práctica privada y otros profesionales de la salud cualificados.

Estos cambios, realizados de acuerdo a la reglamentación final de la Tarifa Fija para Médicos, fueron publicados en el *Federal Register* el 21 de noviembre de 2005, en el 70 FR 70279 y 70280, bajo la Tabla 29 (*AMA, Relative Value Update Committee (RUC) and Health Care Professional Advisory Committee (HCPAC) Recommendations and CMS Decisions for New and Revised 2006 CPT Codes*).

Usted debe tener conocimiento de algunos requisitos de supervisión para las pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico. Primero, bajo la estipulación de pruebas de diagnóstico, a toda prueba de diagnóstico se le asigna cierto nivel de supervisión. Generalmente, las reglamentaciones que gobiernan la estipulación de pruebas de diagnóstico permiten solamente a médicos a suministrar el nivel de supervisión asignado para dichas pruebas; sin embargo, para pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico, existe una excepción reglamentaria que permite que tanto un psicólogo clínico (CP por sus siglas en inglés) como un médico provean la supervisión general necesaria.

Más aún, profesionales de la salud como Enfermeras Graduadas (NPs por sus siglas en inglés), Enfermeras Clínicas Especializadas (CNSs por sus siglas en inglés) y Asistentes Médicos (PAs por sus siglas en inglés), que realizan

## Medical Policy

*The appropriate codes when billing for psychological tests are: 96101, 96102, 96103, 96105, 96110, and 96111; and when billing for neuropsychological tests are: 96116, 96118, 96119 and 96120. All of the tests under this CPT code range 96101-96120 are covered and indicated as active codes under the MPFS database.*

*More specifically, CR 5204, from which this article is taken, provides that (effective January 1, 2006) the CPT codes for psychological and neuropsychological tests include tests performed by technicians and computers (CPT codes 96102, 96103, 96119 and 96120) in addition to tests performed by physicians, clinical psychologists, independently practicing psychologists and other qualified nonphysician practitioners.*

*These changes, made in accordance with the final physician fee schedule regulation, were published in the Federal Register on November 21, 2005, at 70 FR 70279 and 70280 under Table 29 (AMA, Relative Value Update Committee (RUC) and Health Care Professional Advisory Committee (HCPAC) Recommendations and CMS Decisions for New and Revised 2006 CPT Codes).*

*You should be aware of some supervision requirements for diagnostic psychological and neuropsychological tests. First, under the diagnostic tests provision, all diagnostic tests are assigned a certain level of supervision. Generally, regulations governing the diagnostic tests provision allow only physicians to provide the assigned level of supervision for such tests; however, for diagnostic psychological and neuropsychological tests, there is a regulatory exception that allows either a clinical psychologist (CP) or a physician to perform the assigned general supervision.*

*Moreover, nonphysician practitioners such as nurse practitioners (NPs), clinical nurse specialists (CNSs), and physician assistants (PAs), who personally perform diagnostic psychological and neuropsychological tests*

Cont. on next page

## Política Médica

personalmente pruebas psicológicas y neuropsicológicas están excluidos del requisito de realizar dichas pruebas bajo la supervisión del beneficio de pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico, esto es, bajo la supervisión general de un médico o un psicólogo clínico.

De hecho, en lugar de realizar las pruebas de acuerdo a los requisitos de pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico, los NPs y CNSs deben realizar las mismas de acuerdo a los requisitos de su respectivo beneficio. Por tanto, los NPs y CNSs deben realizar las pruebas en colaboración (según se define en la Ley de Medicare, Sección 1861(aa)(6) del Acta) junto a un médico. Igualmente, los PAs deben realizar dichas pruebas bajo la supervisión general de un médico, según se requiere para servicios prestados bajo el beneficio de PA.

Para continuar, los Terapeutas Físicos (PTs por sus siglas en inglés), Terapeutas Ocupacionales (OTs por sus siglas en inglés) y Patólogos del Habla-Lenguaje (SLPs por sus siglas en inglés) están autorizados a facturar estos tres códigos de prueba (96105, 96110 y 96111) como códigos de "terapia algunas veces" o "terapia ocasional". Sin embargo, cuando los PTs, OTs y SLPs llevan a cabo estas tres pruebas, deberán hacerlo bajo la supervisión general de un médico o un CP.

Usted debe también ver que los gastos para pruebas psicológicas y neuropsicológicas de diagnóstico no están sujetos a los límites de tratamiento de salud mental ambulatoria, que es la limitación de pago en servicios de tratamiento para desórdenes mentales, psiconeuróticos y de personalidad, según lo autoriza la Sección 1833(c) de la Ley de Seguro Social. Más aún, las cantidades de pago que se facturan por pruebas realizadas por un técnico o una computadora reflejan el diferencial por lugar de servicio para ambientes de hospital y ambulatorios.

Recuerde que se requiere por ley a los CPs, NPs, CNSs y PAs que acepten la asignación de pago por concepto de pruebas psicológicas y neuropsicológicas. Y aunque a los Psicólogos con Práctica Privada (IPPs) no se les requiere aceptar la asignación de pago para estas pruebas, éstos deben reportar el nombre y dirección del

## Medical Policy

*are excluded from having to perform these tests under the supervision requirements of the diagnostic psychological and neuropsychological tests benefit, that is, under the general supervision of a physician or a CP.*

*In fact, rather than providing them under the requirements for diagnostic psychological and neuropsychological tests, NPs and CNSs must perform such tests under the requirements of their respective benefit. Therefore, NPs and CNSs must perform them in collaboration (as defined under Medicare law at section 1861(aa)(6) of the Act) with a physician. Likewise, PAs must perform these tests under the general supervision of a physician as required for services furnished under the PA benefit.*

*To continue, physical therapists (PTs), occupational therapists (OTs) and speech language pathologists (SLPs) are authorized to bill three test codes (96105, 96110, and 96111) as "sometimes therapy" codes. However, when PTs, OTs and SLPs perform these three tests, they must do so under the general supervision of a physician or a CP.*

*You should also note that expenses for diagnostic psychological and neuropsychological tests are not subject to the outpatient mental health treatment limitation, which is the payment limitation on treatment services for mental, psychoneurotic and personality disorders as authorized under Section 1833(c) of the Social Security Act. Further, the payment amounts that are billed for tests performed by a technician or a computer reflect a site of service payment differential for the facility and non-facility settings.*

*Remember that CPs, NPs, CNSs and PAs are required by law to accept assigned payment for psychological and neuropsychological tests. And although Independently Practicing Psychologists (IPPs) are not required to accept assigned payment for these tests, they must report the name and address of the*

Cont. on next page

## Política Médica

médico que ordenó la prueba en el formulario de reclamación al facturar pruebas. (Un IPP es un psicólogo con licencia (o certificado) para practicar la psicología en el estado o jurisdicción donde presta servicios, o si la jurisdicción no emite licencias, si quien las suministra es un psicólogo practicando la profesión. Ejemplos de psicólogos (aparte de los Psicólogos Clínicos) cuyas pruebas psicológicas y neuropsicológicas están cubiertas bajo la provisión de pruebas diagnósticas incluye, pero no se limita, a psicólogos educativos y a psicólogos consejeros). Además, no hay autorización bajo la ley de Medicare para el pago de pruebas de diagnóstico cuando estas se realizan en una base “incidental a” otro servicio.

A continuación encontrará un resumen de quiénes pueden facturar por pruebas de diagnóstico psicológicas y neuropsicológicas, y referencias para la evaluación de cualificaciones, cuando sea apropiado.

## Medical Policy

*physician who ordered the test on the claim form when billing for tests. (An IPP is any psychologist who is licensed (or certified) to practice psychology in the State or jurisdiction where furnishing services or, if the jurisdiction does not issue licenses, if provided by any practicing psychologist. Examples of psychologists (other than CPs) whose psychological and neuropsychological tests are covered under the diagnostic tests provision include, but are not limited to, educational psychologists and counseling psychologists.) Additionally, there is no authorization under Medicare law for payment for diagnostic tests when performed on an “incident to” basis.*

*Following is a summary of who may bill for diagnostic psychological and neuropsychological tests, and references for the review of qualifications, when appropriate.*

### Proveedores que pueden facturar por pruebas de diagnóstico psicológicas y neuropsicológicas Providers that May Bill for Diagnostic Psychological and Neuropsychological Tests

CPs	See qualifications under Chapter 15, section 160 of the Medicare Benefits Policy Manual.
NPs –to the extent authorized under State scope of practice.	See qualifications under Chapter 15, section 200 of the Medicare Benefits Policy Manual.
CNSs –to the extent authorized under State scope of practice.	See qualifications under Chapter 15, section 210 of the Medicare Benefits Policy Manual.
PAs – to the extent authorized under State scope of practice.	See qualifications under Chapter 15, section 190 of the Medicare Benefits Policy Manual.
Independently Practicing Psychologists (IPPs)	
PTs, OTs and SLPs	See qualifications under Chapter 15, sections 220-230.6 of the Medicare Benefits Policy Manual.

El *Medicare Benefits Policy Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>.

Aquí encontrará algunos datos importantes adicionales que usted debe saber.

- Los códigos CPT para pruebas psicológicas y neuropsicológicas realizadas por técnicos y por computadoras incluyen gastos de la práctica, gastos de impericia y unidades de valor relativo del trabajo profesional. Por tanto, el código CPT 96101 para pruebas psicológicas no será pagadero si usted lo

*The Medicare Benefits Policy Manual is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS website.*

*Here are some other important things that you should know.*

- *The technician and computer CPT codes for psychological and neuropsychological tests include practice expense, malpractice expense and professional work relative value units. Therefore, CPT*

Cont. on next page

## Política Médica

incluye en la factura donde somete las mismas pruebas o servicios realizados bajo los códigos de pruebas psicológicas 96102 ó 96103.

De igual manera, el código CPT de pruebas neuropsicológicas 96118 no será pagadero cuando se incluya en la factura donde se someten las mismas pruebas o servicios realizados bajo los códigos de pruebas neuropsicológicas 96119 ó 96120. Note, sin embargo, que los códigos CPT 96101 y 96118 pueden ser pagaderos por separado en algunas ocasiones, cuando se facturan en la misma fecha de servicio para pruebas separadas y diferentes a los códigos 96102, 96103, 96119 y 96120.

- Bajo el MPFS, no hay pago para servicios suministrados por estudiantes o practicantes. Por tanto, Medicare no pagará por servicios representados por los códigos CPT 96102 y 96119, cuando los mismos se suministran por un estudiante o practicante. Sin embargo, la presencia de un estudiante o practicante durante la prueba no evita que el médico, CP, IPP, NP, CNS o PA pueda realizar y recibir pago por la prueba psicológica bajo el código 96102, o por la prueba neuropsicológica bajo el código 96119.
- Los Intermediarios Fiscales continuarán pagando reclamaciones de proveedores de servicios de terapia ambulatoria bajo la Parte B (incluyendo terapia física, terapia ocupacional y patología del habla-lenguaje) para los códigos CPT 96105, 96110 y 96111 con los “revenue codes” y los modificadores de terapia correspondientes (42X con GP, 43X con GO, y 44X con GN, respectivamente).
- Finalmente, sus Contratistas de la Parte B e Intermediarios Fiscales no tendrán que buscar en sus archivos para retractarse del pago de reclamaciones procesadas, o para pagar reclamaciones retroactivamente al 1 de enero de 2006; sin embargo, ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

## Medical Policy

*psychological test code 96101 will not be paid if you include it in the bill for the same tests or services performed under psychological test codes 96102 or 96103.*

*Similarly, CPT neuropsychological test code 96118 will not be paid when included in the bill for the same tests or services performed under neuropsychological test codes 96119 or 96120. Note, however, CPT codes 96101 and 96118 can sometimes be paid separately, when billed on the same date of service for different and separate tests from 96102, 96103, 96119 and 96120.*

- *Under the MPFS, there is no payment for services performed by students or trainees. Accordingly, Medicare does not pay for services represented by CPT codes 96102 and 96119, when performed by a student or a trainee. However, the presence of a student or a trainee while the test is being administered does not prevent a physician, CP, IPP, NP, CNS or PA from performing and being paid for the psychological test under 96102 or the neuropsychological test under 96119.*
- *Fiscal intermediaries will continue to pay claims from providers of outpatient Part B therapy services (including physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology) for CPT codes 96105, 96110 and 96111 with revenue codes and corresponding therapy modifiers (42X with GP, 43X with GO, and 44X with GN, respectively).*
- *Finally, your carriers and fiscal intermediaries do not have to search their files to either retract payment for claims already paid, or to retroactively pay claims to January 1, 2006; they will adjust claims that you bring to their attention.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre Pruebas Psicológicas y Neuropsicológicas en el CR5204, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R85BP.pdf>. También encontrará porciones relevantes de información actualizada sobre la Publicación 100.02 (*Medicare Benefit Policy Manual*), Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Sección 80.2 (*Psychological Tests and Neuropsychological Tests*).

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

## Medical Policy

### Additional Information

*You can find more information about Psychological and Neuropsychological Tests by reading CR 5204, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R85BP.pdf> on the CMS website. As an attachment to this CR, you will find updated relevant portions of Publication 100.02 (Medicare Benefit Policy Manual), Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Section 80.2 (Psychological Tests and Neuropsychological Tests).*

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

Pub. MLN5204/ Trans R85BP / CR5204 / 02-29-08/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE FACTURACIÓN A MEDICARE DE LA CONSEJERÍA DE CESACIÓN DEL FUMAR Y USO DEL TABACO

### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B, o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por concepto de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008, usted debe facturar los servicios de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco con los nuevos códigos CPT (99406 o 99407). Si usted factura servicios prestados después del 31 de diciembre de 2007 haciendo uso de los códigos anteriores (Códigos HCPCS G0375 y G0376), las reclamaciones no se pagarán.

## SMOKING AND TOBACCO USE CESSATION COUNSELING BILLING CODE UPDATE TO MEDICARE

### Provider Types Affected

*Physicians and providers who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FI), carriers, or Medicare Administrative contractors (A/BMAC)) for smoking and tobacco use cessation counseling.*

### Provider Action Needed

*Effective for services on or after January 1, 2008, you must bill for smoking and tobacco use cessation counseling services with new CPT codes (99406 or 99407). If you bill using the former HCPCS codes (G0375 and G0376) for services provided after December 31, 2007, your claims will not be paid.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5878, del cual se extrae este artículo, anuncia que el MPFSDB (*Medicare Physician Fee Database*) de 2008 incluye dos nuevos códigos CPT para servicios de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco, reemplazando los códigos "G" HCPCS temporeros (G0375 y G0376) que se usan actualmente para la facturación de dichos servicios. A partir del 1 de enero de 2008, estos nuevos códigos son:

- 99406 – Visita de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco; intermedio, más de 3 minutos, hasta 10 minutos; y
- 99407 – Visita de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco; intensivo, más de 10 minutos.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que el personal a cargo de facturación en su oficina esté informado sobre estos códigos CPT recientemente requeridos para servicios de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco.

### Trasfondo

El CR5878, del cual se extrae este artículo, anuncia que los códigos HCPCS temporeros G0375 y G0376, utilizados actualmente para facturar servicios de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco tienen vigencia solamente hasta el 31 de diciembre de 2007.

Estos códigos han sido reemplazados por dos nuevos códigos CPT (99406 – Visita de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco; intermedio, más de 3 minutos, hasta 10 minutos; y 99407 – Visita de consejería de cesación del fumar y uso del tabaco; intensivo, más de 10 minutos). Estos nuevos códigos CPT, que se incluyen en el MPFSDB2008, entraron en vigor para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2008.

Los FIs, Contratistas de la Parte B y A/B MACs pagarán por servicios de consejería facturados con los códigos HCPCS G0375 y G0376 para servicios prestados con fecha de servicio a partir del 22 de marzo de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2007, y con los códigos CPT 99406 y 99407 para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008.

## Medical Policy

### What You Need to Know

*CR 5878, from which this article is taken, announces that the 2008 Medicare Physician Fee Database (MPFSDB) includes two new CPT codes for smoking and tobacco use cessation counseling services; replacing the temporary HCPCS G codes (G0375 and G0376) currently in use for billing these services. These new codes (effective on and after January 1, 2008) are:*

- 99406 - *Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intermediate, greater than 3 minutes up to 10 minutes; and*
- 99407 - *Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intensive, greater than 10 minutes.*

### What You Need to Do

*Make sure that your billing staffs are aware of these newly required CPT codes for smoking and tobacco use cessation counseling services.*

### Background

*CR 5878, from which this article is taken announces that the temporary HCPCS G codes G0375 and G0376, which are currently used to bill for Smoking and Tobacco Use Cessation Counseling services, are effective only through December 31, 2007.*

*They are being replaced by two new CPT codes (99406 - Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intermediate, greater than 3 minutes up to 10 minutes; and 99407 - Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intensive, greater than 10 minutes). These new CPT codes, which are included in the 2008 Medicare Physician Fee Database (MPFSDB), become effective for claims with dates of service January 1, 2008 and later.*

*FIs, carriers, and A/B MACs will pay for counseling services billed with HCPCS codes G0375 and G0376 for dates of service performed on and after March 22, 2005 through Dec. 31, 2007 and with CPT codes 99406 and 99407 for dates of service on or after January 1, 2008.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Información Adicional

Usted encontrará el CR5878 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1433CP.pdf>. También puede encontrar la actualización al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 32, (*Billing Requirements for Special Services*), Secciones 12.1 (*HCPCS and Diagnosis Coding*), 12.2 (*Carrier Billing Requirements*), y 12.3 (*FI Billing Requirements*) como un anejo a este CR.

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

## Medical Policy

### Additional Information

You can find CR 5878 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1433CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. You will find the updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 32 (*Billing Requirements for Special Services*), Sections 12.1 (*HCPCS and Diagnosis Coding*), 12.2 (*Carrier Billing Requirements*), and 12.3 (*FI Billing Requirements*) as an attachment to that CR.

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

Pub. MLN5878/ Trans R1433CP / CR5878 / 02-01-08/ mlv rrc

### UTILIZACIÓN DEL CÓDIGO HCPCS V2787 AL FACTURAR EL LENTE INTRAOCULAR APROBADO DE ASTIGMATISMO (A-C IOL) EN ASCS, OFICINAS MÉDICAS Y DEPARTAMENTOS AMBULATORIOS DE HOSPITALES (HOPDS)

#### 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 concepto de servicios relacionados a la inserción de IOLs a beneficiarios de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5853, el cual provee instrucciones sobre la utilización del Código HCPCS V2787 al facturar procedimientos y servicios relacionados a la inserción de lentes intraoculares que envuelvan un lente intraocular reconocido para corregir astigmatismo (A-C IOL) y que los servicios se provean en Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs), oficinas médicas y departamentos ambulatorios de hospitales (HOPD).

### USE OF HCPCS V2787 WHEN BILLING APPROVED ASTIGMATISM-CORRECTING INTRAOCULAR LENS (A-C IOLS) IN ASCS, PHYSICIAN OFFICES, AND HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENTS (HOPDS)

#### 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 IOL related services provided to Medicare beneficiaries.

#### Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5853 which provides instructions regarding the use of HCPCS Code V2787 when billing for intraocular lens procedures and services involving recognized Astigmatism-Correcting Intraocular Lens (A-C IOLs) and taking place in Ambulatory Surgery Centers (ASCs), Physician Offices, or Hospital Outpatient Departments (HOPDs).

Cont. on next page



## Política Médica

### Lo Que Usted Necesita Saber

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, al suministrar servicios a beneficiarios de Medicare que se relacionen a la inserción de A-C IOLs reconocidos, si el servicio/procedimiento se lleva a cabo en un ASC, HOPD u oficina médica, se debe facturar el Código HCPCS V2787 para reportar los cargos no cubiertos de la funcionalidad del A-C IOL insertado. El Código V2787 no debe utilizarse a partir del 1 de enero de 2008 para reportar cargos no cubiertos del A-C IOL.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

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

### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) anunciaron previamente, a través del CR5527 (Trans. 1228, 27 de abril de 2007) una nueva decisión administrativa sobre la inserción de lentes intraoculares de corrección de astigmatismo (AC-IOLs por sus siglas en inglés) luego de una cirugía de catarata. En dicho CR, CMS provee políticas de pago e instrucciones de facturación para servicios relacionados a procedimientos de inserción de IOLs realizados con IOLs convencionales aprobados o A-C IOLs, en ASCs, HOPDs u oficinas médicas. Además, ese CR instruye a los proveedores a:

- Facturar los cargos no cubiertos de la funcionalidad del lente A-C IOL utilizando el Código HCPCS V2788, cuando se inserta un A-C IOL, y
- Continuar facturando el Código HCPCS V2632, según sea apropiado, para cargos asociados con la inserción de un lente convencional o la funcionalidad convencional, cuando se insertó el A-C IOL.

Usted puede evaluar el CR5527 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1228CP.pdf>. También puede ver un artículo

## Medical Policy

### What You Need to Know

*Effective for dates of service January 1, 2008 and later, when providing services to a Medicare beneficiary that involve the insertion of recognized A-C IOLs, and the service/procedure takes place in an ASC, HOPD, or physician office, then HCPCS Code V2787 should be billed to report the non-covered charges for the A-C IOL functionality of the inserted intraocular lens. V2788 should not be used to report non-covered charges of the A-C IOLs on or after January 1, 2008.*

### What You Need to Do

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

### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) previously announced in CR 5527 (Transmittal 1228, April 27, 2007) a new administrator ruling regarding the insertion of astigmatism-correcting intraocular lens (A-C IOLs) following cataract surgery. In that CR, CMS provided payment policies and billing instructions for services related to Intraocular Lens (IOL) procedures performed with approved conventional IOLs or Astigmatism-Correcting Intraocular Lens (A-C IOLs) in Ambulatory Surgery Centers (ASCs), Hospital Outpatient Departments (HOPDs), or Physician offices. In addition, that CR instructed providers to:*

- *Bill the non-covered charges of the A-C IOL functionality of the lens using HCPCS Code V2788 when inserting an A-C IOL, and*
- *Continue to bill HCPCS Code V2632, as appropriate, for the charges associated with the insertion of a conventional lens or the conventional functionality when an A-C IOL was inserted.*

*You can review CR 5527 at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1228CP.pdf> on the CMS website and its*

*Cont. on next page*

## Política Médica

MLN Matters relacionado (MM5527) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5527.pdf>.

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, el CR5853 provee instrucciones sobre servicios suministrados a beneficiarios de Medicare que envuelvan la inserción de un A-C IOL reconocido en un ASC, HOPD u oficina médica, los cuales deben facturarse mediante el Código HCPCS V2787 para reportar cargos no cubiertos de la funcionalidad del A-C IOL del lente intraocular insertado.

Note que (vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008), el Código HCPCS V2788:

- Ya no es válido para reportar cargos no cubiertos asociados con en A-C IOL, **pero**
- Continúa con validez para reportar cargos no cubiertos asociados con el IOLS de Cámara Posterior (Posterior Chamber IOL o P-C IOL).

Las oficinas médicas deben continuar facturando el Código HCPCS V2632 para la funcionalidad del IOL convencional pagadero del A-C IOL. El pago de la porción del lente convencional del lente A-C IOL continúa incluido en el pago del procedimiento para la instalación para los ASCs y HOPDs.

Vigente el 3 de marzo de 2008, sus Contratistas de Medicare aceptarán el Código HCPCS V2787, en fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008, para reportar cargos no cubiertos incurridos en la prestación de servicios a beneficiarios de Medicare que envuelvan la inserción de un A-C IOL en una oficina médica, ASC o ambiente ambulatorio de hospital. La actualización anual a los Códigos HCPCS incluirá la definición del Código HCPCS V2787, como sigue:

HCPCS Code	Descriptor
V2787	Astigmatism correcting function of intraocular lens. Non-covered by Medicare statute.

Cuando Medicare deniega la inserción de A-C IOLs facturado con el Código V2787, se devolverá con el Código de Razón de Remesa 96 (*cargos no cubiertos*) y el Código de Comentario N425

## Medical Policy

corresponding MLN Matters article, MM 5527, at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5527.pdf> on the CMS website.

*CR5853 instructs that, effective for dates of service on or after January 1, 2008, services provided to Medicare beneficiaries involving the insertion of an recognized A-C IOL in an ASC, HOPD, or physician office, HCPCS Code V2787 should be billed to report the non-covered charges for the A-C IOL functionality of the inserted intraocular lens.*

*Note that (effective for dates of service on or after January 1, 2008) HCPCS Code V2788:*

- *Is no longer valid to report non-covered charges associated with the A-C IOL, **but***
- *Continues to be valid to report non-covered charges associated with the Posterior Chamber IOL (P-C IOL).*

*Physician offices should continue to bill HCPCS Code V2632 for the payable conventional IOL functionality of the A-C IOL. The payment for the conventional lens portion of the A-C IOL lens continues to be bundled with the facility procedure payment for ASCs and HOPDs.*

*As of March 3, 2008, your Medicare contractor(s) will accept HCPCS Code V2787 for dates of service on or after January 1, 2008 to report non-covered charges incurred for services provided to a Medicare beneficiary involving the insertion an A-C IOL in a physician's office, an ASC facility, or a hospital outpatient setting. The annual HCPCS update will include the definition of HCPCS Code V2787 as follows:*

*When Medicare denies A-C IOLs billed with V2787, they will return remittance reason code 96 (Non-covered charges) and remark code*

Cont. on next page

## Política Médica

(servicios excluidos estatutoriamente) o podrían utilizar el código de razón 204 (este servicio/equipo/medicamento no está cubierto bajo el plan de beneficios actual del paciente).

El Contratista de Medicare no buscará en sus archivos para reprocesar reclamaciones que contengan el Código HCPCS V2787, que podrían haber sido denegadas previo a la fecha de implementación de este cambio. Sin embargo, ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

### Información Adicional

El CR5853, la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, FI y A/B MAC sobre este cambio, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1430CP.pdf>.

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

## Medical Policy

N425 (Statutorily excluded service(s)) or they may use reason code 204 (This service/equipment/drug is not covered under the patient's current benefit plan).

*Note that your Medicare contractor will not search their files to reprocess claims for HCPCS Code V2787 that may have been denied prior to the implementation date for this change. However, they will adjust such claims if you bring them to the contractor's attention.*

### Additional Information

*The official instruction, CR 5853, issued to your Medicare carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1430CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5853/ Trans R1430CP / CR5853 / 02-01-08/ mlv rrc

## ACLARACIÓN DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LA MEDIDA DE DENSIDAD ÓSEA (BMM) EMITIDA EN EL CR5221

Este artículo se basa en el CR5847, el cual aclara las instrucciones de procesamiento de reclamaciones contenidas en el CR5521. Solamente se enumeran en el CR5847 aquellos requisitos de negocios que cambian del CR5521, y la política de pago del beneficio de la Medida De Densidad Ósea (BMM, por sus siglas en inglés) no cambia. La aclaración básica es que Medicare permite el pago de otros códigos, aparte de los códigos CPT 77080 (ejemplo, 76977, 77078, 77079, 77081, 77083, y G0130) aún cuando las reclamaciones para tales servicios reporten tanto un código de diagnóstico de cernimiento y un código de osteoporosis.

Para detalles completos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5847pdf>.

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

## CLARIFICATION OF BONE MASS MEASUREMENT (BMM) BILLING REQUIREMENTS ISSUED IN CR 5521

*This article is based on Change Request (CR) 5847 which clarifies the claims processing instructions contained in CR 5521. Only those business requirements changing from CR 5521 are listed in CR 5847, and the BMM benefit policy is not changing. The basic clarification is that Medicare allows codes other than CPT code 77080 (i.e., 76977, 77078, 77079, 77081, 77083, and G0130) to be paid even though claims for such services report both a screening diagnosis code and an osteoporosis code.*

*For complete details, please go to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5847.pdf> on the CMS website.*

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

MM5847/Trans. R1416CP/CR5847 mlv rrc

## Política Médica

### AGENTE ESTIMULADOR DE ERITROPOYESIS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER Y CONDICIONES NEOPLÁSTICAS RELACIONADAS

Luego de un Análisis Nacional de Cubierta (NCA por sus siglas en inglés) para evaluar los usos de ESAs en aplicaciones de enfermedad no-renal, el 30 de julio de 2007, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicaron un Memorando de Decisión (DM por sus siglas en inglés) que trataba el tema del uso de ESAs en aplicaciones no relacionadas con pacientes de enfermedad renal (específicamente en el tratamiento de cáncer y otras condiciones neoplásicas).

El CR5818 comunica los hallazgos del NCA y la política de cubierta en el NCD. Específicamente, CMS determina que el tratamiento con ESAs es razonable y necesario para anemia secundaria a quimioterapia anticáncer mielosupresiva en tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma, y leucemia linfocítica, bajo condiciones específicas; y se considera no razonable y necesario para beneficiarios con ciertas otras condiciones clínicas.

Para detalles completos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5818.pdf>.

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

## Medical Policy

### ERYTHROPOIESIS STIMULATING AGENTS (ESAs) IN CANCER AND RELATED NEOPLASTIC CONDITIONS

*Following a National Coverage Analysis (NCA) to evaluate the uses ESAs in non-renal disease applications, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), on July 30, 2007, issued a Decision Memorandum (DM) that addressed ESA use in non-renal disease applications (specifically in cancer and other neoplastic conditions).*

*CR 5818 communicates the NCA findings and the coverage policy in the National Coverage Determination (NCD). Specifically, CMS determines that ESA treatment is reasonable and necessary for anemia secondary to myelosuppressive anticancer chemotherapy in solid tumors, multiple myeloma, lymphoma, and lymphocytic leukemia under specified conditions; and not reasonable and necessary for beneficiaries with certain other clinical conditions.*

*For complete details, please go to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5818.pdf> on the CMS website.*

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

MM5818/Trans.R1413CP&R80NCD/CR5818 mlv rrc

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIONES TRIMESTRALES DE LOS ÉDITOS CCI, VERSIONES 14.1 Y 14.2, VIGENTES EL 1 DE ABRIL DE 2008 Y EL 1 DE JULIO DE 2008, RESPECTIVAMENTE

#### Proveedores Afectados

Médicos que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés).

#### Trasfondo

Este artículo consolida dos artículos MLN, los números MM 5936 y 6045. Se basa en las Peticiones de Cambio (CRs por sus siglas en inglés) 5936 y 6045, los cuales sirven de recordatorio a los médicos de que tomen nota de las actualizaciones trimestrales a los éditos del CCI (*Correct Coding Initiative*).

La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (CCI por sus siglas en inglés), desarrollada por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), ayuda a promover metodologías nacionales de codificación correcta y a controlar la codificación incorrecta. Las políticas de codificación desarrolladas se basan en convenciones de codificación definidas en:

- Manual de Terminología de Procedimientos Vigente (CPT, por sus siglas en inglés) de la Asociación Médica Americana (AMA);
- Éditos y Políticas locales y nacionales;
- Guías de codificación desarrolladas por sociedades nacionales;
- Análisis de práctica médica y quirúrgica estándar; y
- Evaluación de la práctica de codificación actual.

## Billing Policies

### QUARTERLY UPDATES TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSIONS 14.1 AND 14.2, EFFECTIVE APRIL 1, 2008 AND JULY 1, 2008, RESPECTIVELY

#### Provider Types Affected

*Physicians who submit claims to Medicare Carriers and A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)*

#### Background

*This article consolidates two MLN articles, MM numbers 5936 and 6045. It is based on Change Requests (CRs) 5936 and 6045, which provide a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to Correct Coding Initiative (CCI) edits.*

*The National Correct Coding Initiative developed by the Centers for Medicare & Medicaid (CMS) helps promote national correct coding methodologies and controls improper coding. The coding policies developed are based on coding conventions defined in:*

- *The American Medical Association's (AMA's) Current Procedural Terminology (CPT) manual;*
- *National and local policies and edits;*
- *Coding guidelines developed by national societies;*
- *Analysis of standard medical and surgical practice; and*
- *Review of current coding practice.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Puntos Clave

Los dos más recientes paquetes de éditos CCI, la Versión 14.1 y la Versión 14.2, tendrán vigencia el 1 de abril de 2008 y el 1 de julio de 2008, respectivamente. La versión 14.1 de los códigos CCI incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el 30 de junio de 2008. La versión 14.2 también incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, con la diferencia de que las tendrá hasta el presente. Ambas versiones estarán organizadas en dos tablas:

- Éditos de Codificación Correcta Columna 1/ Columna 2; y
- Éditos a los Códigos “Mutually Exclusive” (MEC)

Puede encontrar información adicional sobre los códigos CCI, incluyendo los códigos CCI y MEC vigentes, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd>.

### Información Adicional

Los formatos de archivo CCI y MEC se definen en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 23, Sección 20.9, y se encuentran disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

Las instrucciones oficiales para los CRs 5936 y 6045 enviadas a los Contratistas y A/B MACs sobre estas actualizaciones, se encuentran disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1464CP.pdf> para el CR5936 y <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1517CP.pdf> para el CR6045.

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

## Billing Policies

### Key Points

*The two latest packages of CCI edits, Versions 14.1 and 14.2, will be effective April 1, 2008 and July 1, 2008, respectively. Version 14.1 of the CCI edits will include all previous versions and updates from January 1, 1996 to June 30, 2008. Version 14.2 of the CCI edits will also include all previous versions and updates from January 1, 1996 but will be up to the present. Both will be organized into two tables:*

- *Column 1/Column 2 Correct Coding Edits; and*
- *Mutually Exclusive Code (MEC) Edits*

*Additional information about CCI, including the current CCI and MEC edits, is available at <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd> on the CMS website.*

### Additional Information

*The CCI and MED file formats are defined in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, Section 20.9, which can be found at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf> on the CMS website.*

*The official instructions, for CR5936 and CR6045, issued to carriers and A/B MACs regarding these updates may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1464CP.pdf> for CR5936 and at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1517CP.pdf> for CR6045 on the CMS website.*

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

Pub. MLN5936&MLN6045/Trans R1464CP&R1517CP/CR5936 &CR6045/02-22-08&05-23-08/mlv-rrc

## Políticas de Pago

### MANUALIZACIÓN DEL PAGO POR SERVICIOS RELACIONADOS A ENFERMEDAD RENAL TERMINAL (ESRD) DE PACIENTE AMBULATORIO

#### Proveedores Afectados

Médicos y otros profesionales de la salud que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos de la Parte A/B [A/B MACs por sus siglas inglés]) por la prestación de servicios ambulatorios de enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) a beneficiarios de Medicare.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5931, del cual se extrae este artículo, actualiza el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 8 (*Outpatient ESRD Hospital, Independent Facility, and Physician/Supplier Claims*), Sección 140 (*Monthly Capitation Payment Method for Physicians' Services Furnished to Patients on Maintenance Dialysis*) para reflejar cambios en la metodología de pago de servicios ESRD (según se discutió en la Reglamentación Final del *Medicare Physician Fee Schedule* del Año Calendario 2004 y 2005).

Los servicios ESRD (por un mes completo), según lo describen los códigos CPT 90918-90921, y aquellos de menos de un mes completo, según lo describen los códigos CPT 90922-90925, ya no son válidos para Medicare. Se reemplazaron por los códigos HCPCS G0308-G0327. (Los códigos HCPCS G0308-G0319 se utilizan para pacientes en centros de diálisis; los códigos HCPCS G0320-G0323 se utilizan para pacientes de diálisis en el hogar; y los códigos HCPCS G0324 - G0327 se utilizan para servicios de menos de un mes completo).

Estas políticas se discutieron en comunicaciones previas a los proveedores, y ahora CMS está incorporando esos cambios en sus manuales. Portanto, mientras este artículo es sólo informativo, asegúrese de que el personal a cargo de la facturación en su oficina esté al tanto de estas políticas de codificación para servicios ESRD.

## Billing Policies

### MANUALIZATION OF PAYMENT FOR OUTPATIENT END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) RELATED SERVICES

#### Provider Types Affected

*Physicians and other practitioners who bill Medicare contractors (carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC)) for providing outpatient end stage renal disease (ESRD) services to Medicare Beneficiaries.*

#### What You Need to Know

*CR 5931, from which this article is taken, updates the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 8 (Outpatient ESRD Hospital, Independent Facility, and Physician/Supplier Claims), Section 140 (Monthly Capitation Payment Method for Physicians' Services Furnished to Patients on Maintenance Dialysis) to reflect changes in the payment methodology for ESRD services (as discussed in the CY 2004 and CY 2005 Medicare physician fee schedule final rules).*

*ESRD related services (per full month), as described by Current Procedural Terminology (CPT) codes 90918-90921, and those (less-than-full-month), as described by CPT codes 90922-90925, are no longer valid for Medicare. They have been replaced by Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes G0308 through G0327 (HCPCS codes G0308-G0319 are used for center based patients on dialysis, HCPCS codes G0320 - G0323 are used for home dialysis patients and HCPCS codes G0324 through G0327 are used for less-than-full-month services).*

*These policies have been discussed in prior communications to providers and CMS is now incorporating these changes into their manuals. Thus, while this article is informational in nature, be sure that your billing staffs are aware of these coding policies for ESRD services.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

En el *Federal Register* publicado el 7 de noviembre de 2003 (68 FR 63216), CMS estableció nuevos códigos “G” para el manejo de pacientes de diálisis; con pagos per cápita mensuales variables (Monthly Capitation Payments) basados en (1) el número de visitas realizadas cada mes, y (2) la edad del beneficiario.

De acuerdo a esta metodología de pago, los médicos facturan códigos separados por la prestación de un servicio de visita ESRD por mes, dos o tres visitas por mes, o cuatro o más visitas por mes. A cambio, reciben la cantidad mínima de pago al proveer una visita por mes, una cantidad mayor de pago cuando realizan dos o tres visitas por mes, y la cantidad máxima cuando realizan al menos cuatro visitas por mes.

El 17 de septiembre de 2004, el CR3414 (*Payment for Outpatient ESRD-Related Services*) brindó instrucciones de facturación provisionales para escenarios específicos relacionados a ESRD de menos de un mes completo (ejemplo: pacientes transitorios), y para visitas a pacientes en estatus de observación en un hospital. En estos dos casos, los médicos y profesionales de la salud recibieron instrucciones de usar el código de procedimiento de diálisis no listado (código CPT 90999). Si desea ver un artículo MLN Matters sobre el tema “*Payment for Outpatient ESRD-Related Services*”, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/Downloads/MM3414.pdf>.

Subsiguientemente, en el *Federal Register* publicado el 15 de noviembre de 2004 (69 FR 66357), CMS (1) cambió el descriptor de los códigos “G” para servicios relacionados a ESRD de diálisis en el hogar, por menos de un mes completo (G0324–G0327) para permitir otros escenarios mensuales parciales (además de los pacientes dializados en el hogar); y (2) estableció política que permite que las visitas ofrecidas a beneficiarios en estatus de observación en un hospital, cuenten para propósitos de facturación de servicios MCP. Estos cambios a la política sustituyen las instrucciones de facturación interinas contenidas en el CR3414.

## Billing Policies

### Background

*In the Federal Register published November 7, 2003, (68 FR 63216), CMS established new G codes for managing dialysis patients; with varying monthly capitation payments (MCP) based on 1) the number of visits provided within each month, and 2) the beneficiary’s age.*

*Under this payment methodology, physicians bill separate codes for providing one end stage renal disease (ESRD) related visit per month, two to three visits per month, or four or more visits per month; and in turn, receive the lowest payment amount when providing one visit per month, a higher payment when providing two to three visits per month, and the highest payment amount when providing at least four visits per month.*

*On September 17, 2004, CR 3414, “Payment for Outpatient ESRD-Related Services,” provided interim billing instructions for specific less-than-full-month ESRD-related scenarios (e.g. transient patients) and for visits furnished to patients in hospital observation status. In these two instances, physicians and practitioners were instructed to use the unlisted dialysis procedure code (CPT code 90999). To view the related MLN Matters article on “Payment for Outpatient ESRD-Related Services”, please visit <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/Downloads/MM3414.pdf> on the CMS website.*

*Subsequently, in the Federal Register published November 15, 2004, (69 FR 66357), CMS: 1) changed the descriptor of the G codes for ESRD-related home dialysis services, less-than-full-month (G0324 through G0327) to allow other partial month scenarios (in addition to patients dialyzing at home); and 2) established policy that permits visits furnished to beneficiaries in hospital observation status to be counted for purposes of billing the MCP service. These policy changes superseded the interim billing instructions contained in CR 3414.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

Finalmente, el CR3595 (“*Emergency Update to the CY 2005 Physician Fee Schedule Data Base*”), el cual se discute en el artículo MLN Matters MM3595 (publicado el 23 de diciembre de 2004 y disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3595.pdf>) incluyó descriptores de los códigos G0324-G0327 para permitir que dichos códigos se utilicen en otros escenarios, además de casos de diálisis en el hogar por menos de un mes completo (ejemplo: pacientes transitorios, mes parcial debido a hospitalización, trasplante, o muerte del paciente, y cuando ocurre un cambio permanente en el médico MCP durante el mes).

Ahora el CR5931, del cual se extrae este artículo, actualiza el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 8 (*Outpatient ESRD Hospital, Independent Facility, and Physician/Supplier Claims*), Sección 140 (*Monthly Capitation Payment Method for Physicians’ Services Furnished to Patients on Maintenance Dialysis*) para reflejar esos cambios en requisitos.

Además, informa que esta sección ha sido reorganizada. Parte de la información previamente contenida en las Secciones 140.1 y 140.2 han sido movida a la Sección 140; y el título de la Sección 140.1 ha sido cambiado para que lea “*Payment for ESRD-Related Services Under the Monthly Capitation Payment (Center Based Patients)*” y el título de la Sección 140.2 se cambió para que lea “*Payment for ESRD-Related Services (Per Diem)*”. Más aún, las Secciones 140.5 (*Determining MCP Amount for Physician’s Service to Maintenance Dialysis Patients*) y 140.51 (*Temporary Absence Under MCP*) se eliminaron del Capítulo 8, ya que dichas secciones fueron sustituidas por nuevas instrucciones.

**NOTA:** Los servicios relacionados al ESRD, según se describen en los códigos HCPCS G0308-G0327, ya están incluidos como parte del archivo de pago HCPCS, y los Contratistas de Medicare están actualmente realizando pagos por dichos servicios.

## Billing Policies

Finally, CR3595, “*Emergency Update to the CY2005 Physician Fee Schedule Data Base*”, which is discussed in MLN Matters article MM3595 at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3595.pdf> on the CMS website, published December 23, 2004, included descriptors of G0324-G0327 to allow these codes to be used for other scenarios in addition to home dialysis less than full month, (e.g. transient patients, partial month due to hospitalization, transplant or when the patient expired, and when a permanent change in MCP physician occurs during the month).

Now, CR 5931, from which this article is taken, updates the *Medicare Claims Processing Manual*, Chapter 8 (*Outpatient ESRD Hospital, Independent Facility, and Physician/Supplier Claims*), Section 140 (*Monthly Capitation Payment Method for Physicians’ Services Furnished to Patients on Maintenance Dialysis*) to reflect these requirement changes.

Additionally, it notifies you that this section has been reorganized. Some of the information previously contained in sections 140.1 and 140.2 has been moved to section 140; and the title of section 140.1 has been changed to “*Payment for ESRD-Related Services Under the Monthly Capitation Payment (Center Based Patients)*” and the title of section 140.2 has been changed to “*Payment for ESRD-Related Services (Per Diem)*”. Further, Sections 140.5, (*Determining MCP Amount for Physician’s Service to Maintenance Dialysis Patients*) and 140.51 (*Temporary Absence Under MCP*) were deleted from chapter 8 as these sections are superseded by the new instructions.

**NOTE:** ESRD-related services as described by Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes G0308 - G0327 are already included as part of the HCPCS payment file, and Medicare contractors are currently making payment for these services.

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Información Adicional

Usted puede ver las políticas de pago para servicios ambulatorios ESRD en el CR5931, que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1456CP.pdf>. Usted encontrará las actualizaciones al Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 8 (Outpatient ESRD Hospital, Independent Facility, and Physician/Supplier Claims), Secciones 140 (Monthly Capitation Payment Method for Physicians' Services Furnished to Patients on Maintenance Dialysis), 140.1 (Payment for ESRD-Related Services Under the Monthly Capitation Payment (Center Based Patients)), 140.1.1 (Payment for Managing Patients on Home Dialysis), 140.1.2 (Patients That Switch Modalities (Center to Home and Vice Versa)), 140.2 (Payment for ESRD-Related Services (Per Diem)), 140.2.1 (Guidelines for Physician or Practitioner Billing (Per Diem)), 140.3 (Data Elements Required on Claim for Monthly Capitation Payment), y 140.4 (Controlling Claims Paid Under the Monthly Capitation Payment Method) como anejos al CR5931.

Usted puede también ver el artículo MLN Matters del 17 de septiembre de 2004, titulado "Payment for Outpatient ESRD-Related Services", y el artículo MLN Matters del 23 de diciembre de 2004, titulado "Emergency Update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database (MPFSDB)" los cuales están disponibles en los siguientes enlaces en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3414.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3595.pdf>.

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

## Billing Policies

### Additional Information

*You can see these policies for the payment for outpatient ESRD-related services by going to CR 5931, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1456CP.pdf> on the CMS website. You will find the updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 8 (Outpatient ESRD Hospital, Independent Facility, and Physician/Supplier Claims), Sections 140 (Monthly Capitation Payment Method for Physicians' Services Furnished to Patients on Maintenance Dialysis), 140.1 (Payment for ESRD-Related Services Under the Monthly Capitation Payment (Center Based Patients)), 140.1.1 (Payment for Managing Patients on Home Dialysis), 140.1.2 (Patients That Switch Modalities (Center to Home and Vice Versa)), 140.2 (Payment for ESRD-Related Services (Per Diem)), 140.2.1 (Guidelines for Physician or Practitioner Billing (Per Diem)), 140.3 (Data Elements Required on Claim for Monthly Capitation Payment), and 140.4 (Controlling Claims Paid Under the Monthly Capitation Payment Method) as an attachment to that CR.*

*You might also want to look at MLN Matters articles *Payment for Outpatient ESRD-Related Services (September 17, 2004)* and *Emergency Update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database (MPFSDB) (December 23, 2004)* which you can find at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3414.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3595.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5931/Trans R1456CP/CR5931/02-22-08/mlv rrc

## Políticas de Pago

### PAGO DE SERVICIOS DE OBSERVACIÓN EN HOSPITAL (CÓDIGOS 99217-99220) Y OBSERVACIÓN O SERVICIOS DE CUIDADO HOSPITALARIO (INCLUYENDO SERVICIOS DE ADMISIÓN Y ALTA – CÓDIGOS 99234-99236)

#### Proveedores Afectados

Médicos y profesionales de la salud cualificados (NPPs por sus siglas en inglés) que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) y a los Contratistas de la Parte B, por concepto de servicios de observación en hospital suministrados a beneficiarios de Medicare durante una visita en hospital.

#### Impacto en los Proveedores

El CR5791 alerta a los proveedores sobre las siguientes actualizaciones:

- Pago de Servicios de Observación en Hospital (Códigos CPT 99217-99220); y
- Servicios de Observación o Cuidado a Paciente Hospitalizado (incluyendo servicios de admisión y alta – Códigos CPT 99234-99236).

Vea la sección **Puntos Clave** de este artículo para una lista completa de actualizaciones.

#### Trasfondo

El CR5791 actualiza el Capítulo 12, Sección 30.6.8 del *Medicare Claims Processing Manual*, según la Reglamentación Final del *Medicare Physician Fee Schedule* del 1 de noviembre de 2000, Vol. 65, No. 212, pp. 65408 y 65409. La sección actualizada de este manual se incluye como un anejo al CR5791 y la dirección/enlace a este CR se menciona en la sección **Información Adicional** de este artículo.

#### Puntos Clave

Los requisitos de la política de pago de acuerdo al CR5791 se detallan a continuación:

## Billing Policies

### PAYMENT FOR HOSPITAL OBSERVATION SERVICES (CODES 99217 - 99220) AND OBSERVATION OR INPATIENT CARE SERVICES (INCLUDING ADMISSION AND DISCHARGE SERVICES - CODES 99234 - 99236)

#### Provider Types Affected

*Physicians and qualified non-physician practitioners (NPPs), submitting claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and carriers for hospital observation services provided to Medicare beneficiaries during a hospital visit.*

#### Impact on Providers

*Change Request (CR) 5791 alerts providers to updates regarding:*

- *Payment for Hospital Observation Services (Current Procedural Terminology (CPT) Codes 99217 - 99220); and*
- *Observation or Inpatient Care Services (Including Admission and Discharge Services – CPT Codes 99234 - 99236).*

*See the Key Points section of this article for a complete list of the updates.*

#### Background

*This CR5791 updates Chapter 12, Section 30.6.8 of the Medicare Claims Processing Manual as finalized in the Medicare Physician Fee Schedule Final Rule, dated November 1, 2000, Vol. 65, No. 212, pp. 65408 and 65409. The updated section of this manual is attached to CR5791 and the address/link to the CR is listed in the Additional Information section of this article.*

#### Key Points

*The payment policy requirements according to CR5791 are as follows:*

*Cont. on next page*

## Políticas de Pago

- Médicos y NPPs cualificados **deberán** reportar el servicio de Cuidado de Observación Inicial haciendo uso de los Códigos CPT 99218-99220 cuando el cuidado de observación es de menos de 8 horas en el mismo día calendario.
- Médicos y NPPs cualificados **no deberán** reportar un Servicio de Alta de Cuidado de Observación (Código CPT 99217) cuando el cuidado de observación es de menos de 8 horas en el mismo día calendario.
- Médicos y NPPs cualificados deberán reportar el servicio de Cuidado de Observación Inicial haciendo uso de los códigos CPT 99218-99220 y el Servicio de Alta de Cuidado de Observación (Código CPT 99217), cuando el paciente se admite para cuidado de observación y se da de alta en un día calendario diferente.
- Médicos y NPPs cualificados deberán reportar el servicio de Observación o Cuidado a Paciente Hospitalizado (incluyendo Admisión y Alta) haciendo uso de los Códigos CPT 99234-99236, cuando el paciente se admite para cuidado de observación por un mínimo de 8 horas, pero por menos de 24 horas y se da de alta en el mismo día calendario.
- Médicos y NPPs cualificados **no deberán** reportar el servicio de Alta de Cuidado de Observación (Código CPT 99217) cuando el cuidado de observación es un mínimo de 8 horas y menos de 24 horas, y el paciente se da de alta en el mismo día calendario.
- Médicos y NPPs cualificados **DEBEN** reportar Visitas de Oficina y Otras Visitas Ambulatorias haciendo uso de los códigos CPT 99211-99215 para una visita antes de la fecha de alta, en esos casos raros cuando el paciente se retiene bajo estatus de observación por más de dos días calendario.
- Médicos y NPPs cualificados deberán documentar el expediente médico para satisfacer las guías de Evaluación y Manejo para Admisión y Alta de cuidado de observación o cuidado hospitalario.

## Billing Policies

- *Physicians and qualified NPPs **should** report Initial Observation Care using a code from CPT code range 99218 - 99220 when the observation care is less than 8 hours on the same calendar date.*
- *Physicians and qualified NPPs **should not** report an Observation Care Discharge Service (CPT code 99217) when the observation care is less than 8 hours on the same calendar date.*
- *Physicians and qualified NPPs should report Initial Observation Care using a code from CPT code range 99218- 99220 and an Observation Care Discharge Service (CPT code 99217) when the patient is admitted for observation care and discharged on a different calendar date.*
- *Physicians and qualified NPPs should report Observation or Inpatient Care Service (Including Admission and Discharge Service) using a code from CPT code range 99234 - 99236 when the patient is admitted for observation care for a minimum of 8 hours but less than 24 hours and discharged on the same calendar date.*
- *Physicians and qualified NPPs **should not** report Observation Care Discharge Service (CPT code 99217) when the observation care is a minimum of 8 hours and less than 24 hours and the patient is discharged on the same calendar date.*
- *Physicians and qualified NPPs should report Office or Other Outpatient Visit using a code from CPT code range 99211 - 99215 for a visit before the discharge date in those rare instances when a patient is held in observation care status for more than two calendar dates.*
- *Physicians and qualified NPPs should document the medical record to satisfy the evaluation and management guidelines for admission to and discharge from observation care or inpatient hospital care.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Médicos y NPPs cualificados deberán notar que deben cumplir con los requisitos de documentación sobre historial, examen y toma de decisiones médicas.
- Médicos y NPPs cualificados deberán documentar su presencia física.
- Médicos y NPPs cualificados deberán documentar la prestación de cuidados de observación.
- Médicos y NPPs cualificados deberán documentar el número de horas que el paciente permaneció en estatus de cuidado de observación.
- Los médicos y NPPs cualificados deberán documentar personalmente las notas de Admisión y Alta.

### Información Adicional

Usted encontrará la instrucción oficial (CR5791) enviada a su Contratista o A/B MAC, o FI en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1466CP.pdf>.

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

## Billing Policies

- *Physicians and qualified NPPs should note that the documentation requirements for history, examination and medical decision making should be met.*
- *Physicians and qualified NPPs should document his/her physical presence.*
- *Physicians and qualified NPPs should document his/her personal provision of observation care.*
- *Physicians and qualified NPPs should document the number of hours the patient remained in the observation care status.*
- *The physicians and qualified NPPs should personally document the admission and discharge notes.*

### Additional Information

*You may see the official instruction (CR5791) issued to your Medicare A/B MAC or carrier, or FI by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1466CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5791/ Trans R1466CP / CR5791 / 02-22-08/ mlv rrc

## NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de laboratorio clínico.

### Lo Que Usted Necesita Saber

La lista de pruebas aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) como pruebas con dispensa bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)* de 1988 ha sido actualizada.

## NEW WAIVED TESTS

### Provider Types Affected

*Physicians, providers and suppliers who bill Medicare Carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for clinical diagnostic laboratory services.*

### What You Need to Know

*The list of tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) as waived tests under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) has been updated.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

Las regulaciones CLIA requieren que la instalación tenga la certificación apropiada para cada una de las pruebas que realiza. Las reclamaciones de laboratorio se editan a nivel de certificado CLIA para asegurar que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) paguen solamente por las pruebas de laboratorio con categoría de complejidad con dispensa bajo el CLIA, por instalaciones con un certificado de dispensa CLIA.

La tabla que sigue identifica las pruebas con dispensa recién añadidas y sus respectivas fechas de vigencia. Los códigos CPT para esas pruebas deben tener un modificador QW para que se reconozcan como pruebas con dispensa.

## Billing Policies

### Background

CLIA regulations require a facility to be appropriately certified for each test they perform. Laboratory claims are edited at the CLIA certificate level in order to ensure the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) pay only for laboratory tests categorized as waived complexity under CLIA by facilities with a CLIA certificate of waiver.

The chart below identifies the newly added waived tests and their effective dates. The Current Procedural Terminology (CPT) codes for these tests must have the QW modifier to be recognized as a waived test.

CPT Code	Effective Date	Description
87880QW	June 25, 2007	PSS World Medical Select Diagnostics Strep A Dipstick
86308QW	July 12, 2007	Signify Mono Cassette {Whole Blood}
86308QW	July 12, 2007	Poly Stat Mono Test {Whole Blood}
86308QW	July 12, 2007	Clearview MONO Whole Blood, K042272/A016
86318QW	July 25, 2007	Polymedco Poly Stat H. Pylori Test (Whole Blood)
86318QW	July 25, 2007	Henry Schein One Step+ H. Pylori Rapid Test Device (Whole Blood)
87880QW	August 14, 2007	Moore Medical The Supply Experts Strep A Rapid Test – Dipstick
87880QW	August 21, 2007	Jant Pharmacal Accustrip Strep A Value+ Test Strip
87880QW	August 21, 2007	Abbott Laboratories Signify Strep A Dipstick
86318QW	September 11, 2007	Abbott Laboratories Signify H. Pylori Cassette {Whole Blood}
82465QW, 83718QW, 82947QW, 82950QW, 82951QW, 82952QW	September 21, 2007	Polymer Technology Systems CardioChek PA Analyzer PTS Panels CHOL+HDL+GLUC Panel Test Strips)
82465QW, 83718QW, 82947QW, 82950QW, 82951QW, 82952QW	September 21, 2007	Polymer Technology Systems CardioChek Brand Analyzer (PTS Panels CHOL+HDL+GLUC Panel Test Strips)
85014QW	September 21, 2007	Abbott i-STAT Chem8+ Cartridge {Whole Blood}
82465QW, 83718QW	October 15, 2007	Polymer Technology Systems CardioChek PA Analyzer (PTS Panels CHOL+HDL Panel Test Strips)
82465QW, 83718QW	October 15, 2007	Polymer Technology Systems CardioChek Brand Analyzer (PTS Panels CHOL+HDL Panel Test Strips)
82565QW, 84520QW	October 18, 2007	Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Kidney Check Panel){Whole Blood}
86703QW	October 22, 2007	Clearview Complete HIV 1/2 {Fingerstick Venipuncture, whole blood}
80051QW	October 30, 2007	Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Electrolyte Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

CPT Code	Effective Date	Description
80051QW	October 30, 2007	Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Electrolyte Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}
87804QW	November 1, 2007	BinaxNOW Influenza A & B Test {Nasopharyngeal (Np) Swab and Nasal Wash/Aspirate Specimens and Nasal Swabs (NS)}
80101QW	December 13, 2007	Quest Diagnostics Incorporated, Express Results Integrated Multi-Drug Screen Cup {professional use}
80047QW	January 1, 2008	Abbott i-STAT Chem8+ Cartridge {Whole Blood}
80048QW	January 16, 2008	Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}
80048QW	January 16, 2008	Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}
80053QW	January 16, 2008	Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}
80053QW	January 16, 2008	Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}

El nuevo código CPT/HCPCS con dispensa, 80047QW, se asignó para las siguientes pruebas, *ionized calcium, carbon dioxide, chloride, creatinine, glucose, potassium, sodium, y urea nitrogen*, realizadas haciendo uso del Abbott i-STAT Chem8+ Cartridge {Whole Blood}. Este código CPT puede usarse para reclamaciones sometidas por instalaciones con un certificado de dispensa CLIA válido y vigente, con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008.

El nuevo código CPT/HCPCS con dispensa, 80048QW, se asignó para las siguientes pruebas, *calcium, carbon dioxide, chloride, creatinine, glucose, potassium, sodium, y urea nitrógeno*, realizadas haciendo uso del Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent Disc){Whole Blood} y el Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}. Este código CPT puede usarse para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 16 de enero de 2008, sometidas por instalaciones con certificado de dispensa CLIA válido y vigente.

El nuevo código CPT/HCPCS con dispensa, 80051QW, se asignó para las siguientes pruebas, *carbon dioxide, chloride, potassium, y sodium*, realizadas haciendo uso del Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent

*The new waived CPT/HCPCS code, 80047QW, has been assigned for the ionized calcium, carbon dioxide, chloride, creatinine, glucose, potassium, sodium, and urea nitrogen tests performed using the Abbott i-STAT Chem8+ Cartridge {Whole Blood}. This CPT code may be used for claims submitted by facilities with a valid, current CLIA certificate of waiver with dates of service on or after January 1, 2008.*

*The new waived CPT/HCPCS code, 80048QW, has been assigned for the calcium, carbon dioxide, chloride, creatinine, glucose, potassium, sodium, and urea nitrogen tests performed using the the Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent Disc){Whole Blood} and the Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}. This CPT code may be used for claims with dates of service on or after January 16, 2008, submitted by facilities with a valid, current CLIA certificate of waiver.*

*The new waived CPT/HCPCS code, 80051QW, has been assigned for the carbon dioxide, chloride, potassium, and sodium tests performed using the Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Basic Metabolic Reagent*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Disc){Whole Blood}, el Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood} y el Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Electrolyte Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}. Este código CPT puede usarse para reclamaciones sometidas por instalaciones con certificado de dispensa CLIA válido y vigente, con fechas de servicio a partir del 30 de octubre de 2007.

El nuevo código CPT/HCPCS con dispensa, 80053QW, se asignó para las siguientes pruebas, *alanine amino transferase, aspartate amino transferase, albumin, total bilirubin, total calcium, carbon dioxide, chloride, creatinine, glucose, alkaline phosphatase, potassium, total protein, sodium, y urea nitrogen*, realizadas haciendo uso del Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood} y el Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}. Ese código CPT puede usarse para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 16 de enero de 2008, sometidas por instalaciones con un certificado de dispensa CLIA válido y vigente.

Los siguientes códigos CPT no requieren el uso del modificador QW para ser reconocidos como pruebas con dispensa:

## Billing Policies

*Disc){Whole Blood}, the Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood} and the Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Electrolyte Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}. This CPT code may be used for claims submitted by facilities with a valid, current CLIA certificate of waiver with dates of service on or after October 30, 2007.*

*The new waived CPT/HCPCS code, 80053QW, has been assigned for the alanine amino transferase, aspartate amino transferase, albumin, total bilirubin, total calcium, carbon dioxide, chloride, creatinine, glucose, alkaline phosphatase, potassium, total protein, sodium, and urea nitrogen tests performed using the Abaxis Piccolo Blood Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood} and the Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer (Comprehensive Metabolic Reagent Disc){Whole Blood}. This CPT code may be used for claims with dates of service on or after January 16, 2008, submitted by facilities with a valid, current CLIA certificate of waiver.*

*The following CPT codes do not require the QW modifier in order to be recognized as waived tests:*

CPT Code	Description
81002	Dipstick or tablet reagent urinalysis – non-automated for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketone, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, and urobilinogen
81025	Urine pregnancy tests by visual color comparison
82270, 82272, G0394 (Contact your Medicare carrier or A/B MAC for claims instructions.)	Fecal occult blood
82962	Blood glucose by glucose monitoring devices cleared by the FDA for home use
83026	Hemoglobin by copper sulfate – non-automated
84830	Ovulation tests by visual color comparison for human luteinizing hormone 85013 Blood count; spun microhematocrit 85651 Erythrocyte sedimentation rate – non-automated
84830	Ovulation tests by visual color comparison for human luteinizing hormone
85013	Blood count; spun microhematocrit
85651	Erythrocyte sedimentation rate – non-automated

Cont. on next page



## Políticas de Pago

Su Contratista o A/B MAC de Medicare no hará ajustes automáticos a las reclamaciones procesadas antes de la fecha de implementación de estos cambios. Sin embargo, ellos ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

### Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5913) enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1477CP.pdf>. Ahí encontrará una lista completa de pruebas con dispensa bajo el CLIA como un anejo al CR5913. Para más información sobre el CLIA, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/CLIA/01\\_Overview.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CLIA/01_Overview.asp#TopOfPage).

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

## Billing Policies

*Your Medicare Carrier or A/B 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

*To see the official instruction (CR5913) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1477CP.pdf> on the CMS website. A complete list of tests granted waived status under CLIA is attached to CR5913. For more information about CLIA, refer to [http://www.cms.hhs.gov/CLIA/01\\_Overview.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CLIA/01_Overview.asp#TopOfPage) on the CMS website.*

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

Pub. MLN5913/ Trans R1477CP / CR5913 / 03-14-08/ mlv rrc

## ACLARACIÓN AL CR5744 - ACTUALIZACIÓN DEL PAGO PERMITIDO PARA LA VACUNA DEL VIRUS DE LA INFLUENZA (CÓDIGO CPT 90660) E INSTRUCCIONES ADICIONALES SOBRE LA VACUNA DEL NEUMOCOCO (CÓDIGO CPT 90669)

### Proveedores Afectados

Médicos, hospitales y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés] Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por la administración de vacunas de influenza y neumococo a beneficiarios de Medicare.

El CR5910, del cual se extrae este artículo, aclara el CR5744 (*Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine and the Pneumococcal Vaccine When Payment is Based on 95 Percent of the Average Wholesale Price (AWP)*) publicado el 26 de octubre de 2007. Este CR provee a los

## CLARIFICATION TO CR 5744 - PAYMENT ALLOWANCE UPDATE FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE CPT 90660 AND FURTHER INSTRUCTION REGARDING THE PNEUMOCOCCAL VACCINE CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY (CPT) 90669

### Provider Types Affected

*Physicians, hospitals, and other providers who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FI), carriers, or A/B MACs) for providing influenza and pneumococcal vaccines to Medicare beneficiaries.*

### What You Need to Know

*CR 5910, from which this article is taken, clarifies CR 5744 (*Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine and the Pneumococcal Vaccine When Payment is Based on 95 Percent of the Average Wholesale Price (AWP)*), released October 26, 2007. It provides Medicare contractors*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

Contratistas de Medicare instrucciones adicionales relacionadas a la vacuna pediátrica del neumococo (código CPT 90669), y actualiza el pago permitido por la vacuna nasal del virus de influenza (código CPT 90660).

A partir del 19 de septiembre de 2007 el pago permitido bajo la Parte B de Medicare para el código CPT 90660 es \$22.031. Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento sobre estas actualizaciones a códigos CPT.

### Trasfondo

El CR5744 (*Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine and the Pneumococcal Vaccine When Payment is Based on 95 Percent of the Average Wholesale Price (AWP)*), publicado el 26 de octubre de 2007, ofreció información sobre los pagos permitidos para la vacuna del neumococo (Códigos CPT 90732 y 90669) y la vacuna del virus de la influenza (Códigos CPT 90655, 90656, 90657, 90658, y 90660).

El CR5910, del cual se extrae este artículo, amplía el CR5744 al proveer instrucciones adicionales sobre la vacuna pediátrica del neumococo (Código CPT 90669), y la actualización del pago permitido para la vacuna nasal de la influenza (Código CPT 90660). Estos cambios son:

- Código CPT 90669 – Vigente el 1 de enero de 2008, los FIs, Contratistas de la Parte B y A/B MACs aceptarán reclamaciones que contengan el Código CPT 90669 para la vacuna del neumococo. Para facilitar el pago apropiado de dicho código (*Pneumococcal conjugate vaccine, polyvalent, for children under 5 years, for intramuscular use*), los Contratistas de la Parte B y A/B MACs usarán en indicador de pago “1” y el indicador de deducible “1”. A partir del 1 de enero de 2008, los proveedores institucionales deben utilizar el Código HCPCS G0009 al facturar servicios por la administración del código CPT 90669.
- Código CPT 90660 – El 19 de septiembre de 2007, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) aprobó el uso del producto “FluMist” para la temporada de

## Billing Policies

*additional instructions regarding the pediatric pneumococcal vaccine CPT code 90669, and the updated payment allowance for the nasal influenza virus vaccine CPT code 90660.*

*The Medicare Part B payment allowance for CPT 90660 is \$22.031, effective September 19, 2007. Make sure that your billing staffs are aware of these CPT code updates.*

### Background

*Change Request 5744 (Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine and the Pneumococcal Vaccine When Payment is Based on 95 Percent of the Average Wholesale Price (AWP)), released October 26, 2007; provided the payment allowances for Pneumococcal Vaccine Current Procedural Terminology (CPT) codes 90732 and 90669, and Influenza Virus Vaccines CPT codes 90655, 90656, 90657, 90658, and 90660).*

*CR 5910, from which this article is taken, augments CR 5744 by providing additional instructions regarding pediatric pneumococcal vaccine CPT code 90669, and the updated payment allowance for the nasal influenza virus vaccine CPT code 90660. These changes are:*

- *CPT Code 90669 – Effective January 1, 2008, FIs, carriers, and A/B MACs will accept claims containing 90669 for pneumococcal vaccine. In order to facilitate appropriate payment for CPT code 90669 (Pneumococcal conjugate vaccine, polyvalent, for children under 5 years, for intramuscular use), carriers and A/B MACs will use a payment indicator of “1” and the deductible indicator of “1”. Institutional providers should bill HCPCS code G0009 when billing for services on or after January 1, 2008, for the administration of CPT code 90669.*
- *CPT Code 90660 - On September 19, 2007, the Food and Drug Administration (FDA) approved FluMist for the 2007-2008 influenza season. Thus, your FI, carrier, or*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

influenza 2007-2008. Por tanto, su FI, Contratista de la Parte B o A/B MAC puede cubrir el código CPT 90660 (FluMist, vacuna nasal contra la influenza) si determina que su uso es **médicamente razonable y necesario** para el beneficiario. Vigente el 19 de septiembre de 2007, el pago permitido de la Parte B de Medicare para el código CPT 90660 es \$22.031, excepto cuando la vacuna se administra en el departamento ambulatorio de un hospital. Esto sustituye la cantidad permitida en el CR5744.

**Nota:** El resto de las instrucciones en el CR5744 permanecen en efecto.

Por favor, observe que, excepto cuando la vacuna se administra en el departamento ambulatorio de un hospital, el límite de pago permitido bajo la Parte B de Medicare para vacunas de influenza y neumococo es el 95% del precio promedio de venta al por mayor (AWP), según se refleja en el compendio de pago publicado para la vacuna, se basa en costo razonable.

También observe que el deducible anual de la Parte B y las cantidades de co-aseguro no aplican; y que todos los médicos y NPPs, así como suplidores que administran vacunas de la influenza y neumococo deben aceptar la asignación en la reclamación por la vacuna.

Finalmente, su Contratista de Medicare no buscará en sus archivos para retractarse del pago de reclamaciones ya hechas o para pagar reclamaciones retroactivamente, pero sí ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los códigos CPT 90669 y 90660 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1461CP.pdf>. También puede ver un artículo MLN Matters relacionado al CR5744 que se encuentra 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.

## Billing Policies

*A/B MAC may cover CPT 90660 (FluMist, a nasal influenza vaccine) if it determines that its use is medically reasonable and necessary for the beneficiary. The Medicare Part B payment allowance for CPT 90660 is \$22.031, effective September 19, 2007, except where the vaccine is furnished in the hospital outpatient department. This supersedes the allowance figure provided in CR 5744.*

**Note:** *All other instructions in CR 5744 remain in effect.*

*Please note that, except when the vaccine is furnished in the hospital outpatient department, the Medicare Part B payment allowance limits for influenza and pneumococcal vaccines are 95% of the average wholesale price (AWP), as reflected in the published compendia payment for the vaccine is based on reasonable cost.*

*Also note that annual Part B deductible and coinsurance amounts do not apply; and that all physicians, non-physician practitioners, and suppliers who administer the influenza virus and pneumococcal vaccinations must take assignment on the claim for the vaccine.*

*Finally, your Medicare contractor will not search their files to either retract payment for claims already paid or to retroactively pay claims, but will adjust claims that you bring to their attention.*

### Additional Information

*You can find more information about the additional information regarding CPT codes 90669 and 90660 by going to CR 5910, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1461CP.pdf> on the CMS website. You might also want to review the MLN Matters article related to CR 5744. You can find that article 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.*

Pub. MLN5910 / Trans R1461CP / CR5910 / 02-22-08 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### REQUISITOS PARA EL PAGO PER CÁPITA MENSUAL ESRD A MÉDICOS INSTRUCTORES

#### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas de la Parte B o a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés) por visitas a pacientes de enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) en ambientes educativos bajo el sistema de pago *Monthly Capitation Payment* (MCP).

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5932, del cual se extrae este artículo, anuncia que el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12 (*Physicians/Non-physician Practitioners*), Sección 100.1.6 (*Miscellaneous*), se actualizó para indicar que la política sobre la presencia física del médico instructor debe aplicarse a las visitas ESRD brindadas bajo el pago mensual per cápita (MCP, por sus siglas en inglés). Esto significa que las visitas a pacientes realizadas por los residentes pueden contarse contra el número de visitas MCP si el médico MCP instructor se encuentra físicamente durante tales visitas.

El médico instructor puede utilizar las notas del residente; sin embargo, deberá documentar su presencia física durante la(s) visita(s) realizada(s) por el residente, así como evidencia de que revisó las notas del residente.

**Nota:** Usted puede documentar esos criterios como parte de una nota MCP extensiva por mes.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina está al tanto de estos cambios al manual; y que en ambientes educativos, usted documente de manera apropiada tales visitas médicas MCP relacionadas a pacientes ESRD.

#### Trasfondo

Las reglas de pago del *Medicare Physicians Fee Schedule* (MPFS) para servicios educativos de médicos (establecidas en el CFR 415.172 y el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12

## Billing Policies

### TEACHING PHYSICIAN REQUIREMENTS FOR ESRD MONTHLY CAPITATION PAYMENT

#### Provider Types Affected

*Physicians who bill Medicare carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for end stage renal disease (ESRD)-related visits in teaching settings under the Monthly Capitation Payment (MCP).*

#### What You Need to Know

*CR 5932, from which this article is taken, announces that the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12 (Physicians/Non-physician Practitioners), Section 100.1.6 (Miscellaneous) has been updated to indicate that the physician presence policy applies to end stage renal disease (ESRD)-related visits furnished under the Monthly Capitation Payment (MCP). This means that patient visits furnished by residents may be counted toward the MCP visits if the teaching MCP physician is physically present during the visits.*

*The teaching physician may utilize the resident's notes, however, the physician must document his or her physical presence during the visit(s) furnished by the resident and that he or she reviewed the resident's notes.*

**Note:** You can document these criteria as part of an extensive once a month MCP note.

*Make sure that your billing staffs are aware of these manual changes; and that in teaching settings, you document such ESRD-related MCP physician visits appropriately.*

#### Background

*The Medicare Physicians Fee Schedule (MPFS) payment rules for teaching physicians' services (set forth in CFR 415.172 and the Medicare Claims Processing Manual chapter*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

(Physicians/Non-physician Practitioners), Sección 100.1 (Payment for Physician Services in Teaching Settings Under the MPFS)), especifican que si un residente participa de un servicio prestado en un ambiente educativo, el pago MPFS se hace solamente si el médico instructor se encuentra físicamente presente durante la porción clave de cualquier servicio o procedimiento por el cual se solicita pago.

Con respecto al manejo mensual de pacientes de diálisis, las visitas relacionadas al ESRD se consideran la porción clave del servicio MCP que determina la cantidad del pago aplicable.

Previamente, el Capítulo 12, Sección 100.1.6 del *Medicare Claims Processing Manual* establecía que la política sobre la presencia del médico instructor no aplica a servicios de diálisis renal ofrecidos por un médico que recibe pago bajo el MCP. Sin embargo, esta instrucción del manual no reflejaba cambios hechos a las políticas sobre la manera en que los médicos y profesionales de la salud reciben pago por el manejo de pacientes ambulatorios de diálisis. Según se discute en la reglamentación final del *Medicare Physician Fee Schedule* del Año Calendario 2004, el médico o profesional de la salud bajo el MCP debe suministrar, al menos, una visita por mes para recibir pago del servicio MCP (pacientes en centros). Por tanto, en el CR5932, del cual se extrae este artículo, CMS modifica el Capítulo 12, Sección 100.1.6 para indicar que la presencia física del médico instructor aplica a visitas ESRD ofrecidas bajo el MCP.

Esto significa que, como médico instructor, usted puede contar las visitas a pacientes que realizan los residentes contra el número de visitas MCP, si usted estuvo presente durante dichas visitas. Usted puede utilizar las notas de los residentes, sin embargo, usted deberá documentar su presencia física durante la(s) visita(s) realizada(s) por el residente, y también documentar que usted revisó las notas del residente.

**Nota:** Los códigos G de servicios MCP de ESRD ambulatorios se reportan una vez por mes, y usted podría documentar su presencia física durante dicha(s) visita(s) y su revisión de las notas del residente, como parte de una nota MCP extensiva una vez por mes.

## Billing Policies

12 (Physicians/Non-physician Practitioners), section 100.1 (Payment for Physician Services in Teaching Settings Under the MPFS)), specify that if a resident participates in a service furnished in a teaching setting, the MPFS payment is made only if a teaching physician is physically present during the key portion of any service or procedure for which payment is sought.

*With regard to the monthly management of dialysis patients; the ESRD-related visits are considered to be the key portion of the MCP service that determines the applicable payment amount.*

*Previously, Chapter 12, Section 100.1.6 of the Medicare Claims Processing Manual stated that the teaching physician presence policy does not apply to the renal dialysis services of a physician paid under the MCP. However, this manual instruction did not reflect policy changes made to the way physicians and practitioners are paid for managing patients on outpatient dialysis. As discussed in the CY 2004 Medicare physician fee schedule rule, the MCP physician or practitioner must furnish at least one patient visit per month to receive payment for the MCP service (center based patients). Therefore in CR 5932, from which this article is taken, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) modifies Chapter 12, section 100.1.6 to indicate that physician presence policy applies for ESRD related visits furnished under the MCP.*

*This means, as the teaching physician, you may count the patient visits that residents furnish toward the MCP visits if you are physically present during the visit. You may utilize the resident's notes, however you must document your physical presence during the visit(s) furnished by the resident and also document that you reviewed the resident's notes.*

*Note: The outpatient ESRD MCP services G codes are reported once per month, and you could document your physical presence during the visit(s) and your review of the resident's notes as part of an extensive once a month MCP note.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre requisitos del médico instructor para pagos MCP ESRD en el CR5932, el cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1458CP.pdf>.

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

## Billing Policies

### Additional Information

You can find more information about teaching physician requirements for ESRD MCP by going to CR 5932, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1458CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5932 / Trans R1458CP / CR5932 / 02-22-08 / mlv rrc

### PAGO POR VISITA A PACIENTE HOSPITALIZADO - GENERAL (CÓDIGOS 99221 - 99239)

#### Proveedores Afectados

Médicos y Profesionales de la Salud (NPPs por sus siglas en inglés) que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs) y/o a los Contratistas de la Parte B por servicios prestados a beneficiarios de Medicare durante una visita en el hospital.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los proveedores deben observar la política de pago para la facturación de visitas a pacientes hospitalizados efectuadas el mismo día en que se prestan servicios de cuidado crítico. Vea la sección **Puntos Clave** de este artículo para una lista completa de actualizaciones.

#### Trasfondo

El CR5792 actualiza el Capítulo 12, Sección 30.6.9 del *Medicare Claims Processing Manual*. La sección actualizada de este manual se incluye como anejo al CR5792 en el enlace que se menciona en la sección **Información Adicional** de este artículo.

#### Puntos Clave

Los médicos y profesionales de la salud cualificados deben observar los requisitos de política de pago, según el CR5792, a continuación:

### PAYMENT FOR INPATIENT HOSPITAL VISITS - GENERAL (CODES 99221 - 99239)

#### Provider Types Affected

Physicians and non physician practitioners (NPPs), submitting claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and/or carriers for services provided to Medicare beneficiaries during a hospital visit.

#### Provider Action Needed

Providers should note the payment policy for billing inpatient hospital visits provided on the same day as critical care services. See the Key Points section of this article for a complete list of the updates.

#### Background

CR5792 updates Chapter 12, Section 30.6.9 of the *Medicare Claims Processing Manual*. The updated section of this manual is attached to CR5792 and the address/link to that CR is listed in the Additional Information section of this article.

#### Key Points

Physicians and qualified NPPs should note the payment policy requirements according to CR5792 are as follows:

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Cuando se ofrece un servicio de Evaluación y Manejo (E/M) a un paciente hospitalizado (o en una sala de emergencia u oficina/ambulatorio) en una fecha en la cual el paciente no requiere cuidado crítico y el paciente, subsiguientemente requiere cuidado crítico, tanto el servicio de cuidado crítico (Códigos CPT 99291 y 99292) como el servicio de E/M prestado anteriormente, pueden facturarse para la misma fecha de servicio.
- Durante un manejo de cuidado crítico de un paciente, esos servicios que no cumplen con el nivel de cuidado crítico deben reportarse haciendo uso de un servicio de cuidado a paciente hospitalizado con un Código CPT Cuidado Subsiguiente en Hospital (Rango de Códigos CPT 99231-99233).
- Los médicos y NPPs pueden reportar tanto servicios de cuidado crítico como servicios de cuidado a pacientes hospitalizados, para el mismo paciente en el mismo día calendario, cuando durante el manejo de cuidado crítico del paciente no se cumple con el nivel de servicio de cuidado crítico.
- Se les recuerda a los médicos y a los NPPs que tanto los códigos de Cuidado Hospitalario Inicial (Códigos CPT 99221-99223) y los códigos de Cuidado Hospitalario Subsiguiente, se consideran servicios “per diem” y pueden ser reportados solamente una vez por día por el mismo médico o médicos de la misma especialidad del mismo grupo profesional.
- Se les recomienda a los médicos y NPPs que retengan documentación para evaluaciones discrecionales que pudieran llevar a cabo los Contratistas de la Parte B o A/B MACs de Medicare, en caso de cuestionamiento de reclamaciones. La documentación retenida debe apoyar la razón por la cual el mismo médico o médicos de la misma especialidad en una práctica grupal sometieron reclamaciones, tanto por servicios de cuidado crítico como por servicios de E/M para el mismo paciente, en la misma fecha de servicio.

## Billing Policies

- *When a hospital inpatient (or emergency department or office/outpatient) evaluation and management (E/M) service is furnished on a calendar date at which time the patient does not require critical care and the patient subsequently requires critical care, both the critical care services (Current Procedural Terminology (CPT) codes 99291 and 99292) and the previous E/M service may be paid for the same date of service.*
- *During critical care management of a patient those services that do not meet the level of critical care should be reported using an inpatient hospital care service with CPT Subsequent Hospital Care using a CPT code in the 99231-99233 range.*
- *Physicians and qualified NPPs may report both critical care services and an inpatient hospital care service for the same patient on the same calendar date when during critical care management of a patient the services do not meet the level of critical care services.*
- *Physicians and qualified NPPs are reminded that both Initial Hospital Care codes (CPT codes 99221-99223) and Subsequent Hospital Care codes are “per diem” services and may be reported only once per day by the same physician or physicians of the same specialty from the same group practice.*
- *Physicians and qualified NPPs are advised to retain documentation for discretionary Medicare carrier or A/B MAC review in case claims are questioned. The retained documentation must support why the same physician or physicians of the same specialty in a group practice submitted claims for both critical care services and other E/M services for the patient on the same date of service.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5792) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC de Medicare se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1473CP.pdf>.

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

## Billing Policies

### Additional Information

You may see the official instruction (CR5792) issued to your Medicare A/B MAC or carrier by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1473CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5792/ Trans R1473CP / CR5792 / 03-07-08/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN DE ABRIL 2008 A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFSDB)

### 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 de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], por concepto de servicios profesionales prestados a beneficiarios de Medicare que son pagaderos bajo las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés).

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5980, el cual enmienda los archivos de pago previamente publicados a los Contratistas de Medicare basado en la Reglamentación Final del MPFS de 2008. El CR5980 también incluye códigos nuevos/revisados para el *Physician Quality Reporting Initiative* (PQRI).

### Trasfondo

El Anejo 1 del CR5980 contiene cambios que forman parte de la actualización de abril 2008 al MPFSDB. El CR5980 puede ser evaluado en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1482CP.pdf>. Los cambios específicos se detallan en el Anejo 1 del CR5980 y se resumen a continuación:

## APRIL UPDATE TO THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE (MPFSDB)

### 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 professional services provided to Medicare beneficiaries that are paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

### Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5980 which amends payment files previously issued to Medicare contractors based upon the 2008 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. CR 5980 also includes new/revised codes for the Physician Quality Reporting Initiative (PQRI).

### Background

Attachment 1 of CR 5980 contains changes included in the April Update to the 2008 MPFSDB, and CR5980 can be reviewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1482CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. Specific changes are detailed in Attachment 1 of CR 5980 and are summarized as follows:

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Revisiones a los Códigos CPT/HCPCS

Se ha revisado una cantidad de códigos CPT/HCPCS para reflejar revisiones a los indicadores bilaterales, revisiones a las Unidades de Valor Relativo (RVU por sus siglas en inglés), o cambios en estatus de procedimientos, retroactivo al 1 de enero de 2008.

### Códigos “J” Reincorporados

Se ha reincorporado una cantidad de códigos “J” (del J7611 al J7614) con el indicador de estatus “E”. Los códigos reincorporados tienen vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2008. Los descriptores e indicadores de pago para los códigos reincorporados forman parte del Anejo 1 del CR5980.

### Nuevos Códigos “Q”

Hay varios códigos “Q” nuevos (del Q4096 al Q4098) con un indicador de estatus “E” y que tienen vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2008. Los códigos con sus descriptores se encuentran en la tabla que sigue:

Code	Long Descriptor	Short Descriptor
Q4096	Injection, Von Willebrand Factor Complex, Human, Ristocetin Cofactor (Not Otherwise Specified), Per I.U. VWF:RCO	VWF complex, not Humate-P
Q4097	Injection, Immune Globulin (Privigen), Intravenous, Non-Lyophilized (E.G., Liquid), 500 mg	Inj IVIG Privigen 500 mg
Q4098	Injection, Iron Dextran, 50 mg	Inj iron dextran
Q4099	Formoterol fumarate, inhalation solution, FDA approved final product, non-compounded, administered through DME, unit dose form, 20 micrograms	Formoterol fumarate, inh

### **Nueva Categoría II Códigos para PQRI**

Hay una nueva Categoría II para códigos PQRI para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2008. Estos nueve códigos y sus descriptores se encuentran en la tabla que sigue:

## Billing Policies

### CPT/HCPCS code revisions

*A number of CPT/HCPCS codes have been modified to reflect revised bilateral indicators, Relative Value Unit (RVU) revisions, or procedure status changes retroactive to January 1, 2008.*

### Reinstated “J” Codes

*A number of “J” Codes (J7611 through J7614) are reinstated with a status indicator of “E” and the reinstated codes are effective for dates of service on or after April 1, 2008. Descriptors and payment indicators for the reinstated codes are in attachment 1 of CR5980.*

### New “Q” Codes

*There are several new “Q” codes (Q4096 through Q4098) with a status indicator of “E” and which are effective for dates of service on or after April 1, 2008. The codes with their descriptors are in the following table:*

### **New Category II Codes for PQRI**

*There are new Category II codes for the PQRI for dates of service on or after April 1, 2008. These new codes and their descriptors are in the following table:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Code	Long Descriptor	Short Descriptor
0525F	Initial visit for episode	Initial visit for episode
0526F	Subsequent visit for episode	Subs visit for episode
1130F	Back pain and function assessed, including all of the following: Pain assessment AND functional status AND patient history, including notation of presence or absence of "red flags" (warning signs) AND assessment of prior treatment and response, AND employment status	Bk pain + fxn assessed
1134F	Episode of back pain lasting six weeks or less	Epsd bk pain for =< 6 wks
1135F	Episode of back pain lasting longer than six weeks	Epsd bk pain for > 6 wks
1136F	Episode of back pain lasting 12 weeks or less	Epsd bk pain for <= 12 wks
1137F	Episode of back pain lasting longer than 12 weeks	Epsd bk pain for > 12 wks
2040F	Physical examination on the date of the initial visit for low back pain performed, in accordance with specifications	Bk pn xm on init visit date
2044F	Documentation of mental health assessment prior to intervention (back surgery or epidural steroid injection) or for back pain episode lasting longer than six weeks	Doc mntl tst b/4 bk trxmnt
3330F	Imaging study ordered	Imaging study ordered (bkp)
3331F	Imaging study not ordered	Bk imaging tst not ordered
3340F	Mammogram assessment category of "incomplete: need additional imaging evaluation", documented	Mammo assess inc xray docd
3341F	Mammogram assessment category of "negative", documented	Mammo assess negative docd
3342F	Mammogram assessment category of "benign", documented	Mammo assess bengn docd
3343F	Mammogram assessment category of "probably benign", documented	Mammo probably bengn docd
3344F	Mammogram assessment category of "suspicious", documented	Mammo assess susp docd
3345F	Mammogram assessment category of "highly suggestive of malignancy", documented	Mammo assess hghlymalig doc
3350F	Mammogram assessment category of "known biopsy proven malignancy", documented	Mammo bx proven malig docd
4240F	Instruction in therapeutic exercise with follow-up by the physician provided to patients during episode of back pain lasting longer than 12 weeks	Instr xrcz 4bk pn >12 weeks
4242F	Counseling for supervised exercise program provided to patients during episode of back pain lasting longer than 12 weeks	Sprvsd xrcz bk pn >12 weeks
4245F	Patient counseled during the initial visit to maintain or resume normal activities	Pt instr nrml lifest
4248F	Patient counseled during the initial visit for an episode of back pain against bed rest lasting 4 days or longer	Pt instr-no bd rest>= 4 days
4250F	Active warming used intraoperatively for the purpose of maintaining normothermia, OR at least one body temperature equal to or greater than 36 degrees Centigrade (or 96.8 degrees Fahrenheit) recorded within the 30 minutes immediately before or the 30 minutes immediately after anesthesia end time	Wrmng 4 surg - normothermia

Cont. on next page

## Políticas de Pago

## Billing Policies

Code	Long Descriptor	Short Descriptor
5060F	Findings from diagnostic mammogram communicated to practice managing patient's on-going care within 3 business days of exam interpretation	Fndngs mammo 2pt w/in 3 days
5062F	Findings from diagnostic mammogram communicated to the patient within 5 days of exam interpretation	Doc f2fmammo fndng in 3 days
6040F	Use of appropriate radiation dose reduction devices OR manual techniques for appropriate moderation of exposure, documented	Appro rad ds dvcs techs docd
6045F	Radiation exposure or exposure time in final report for procedure using fluoroscopy, documented	Radxps in end rprrt4fluro pxd
7020F	Mammogram assessment category [eg, Mammography Quality Standards Act (MQSA), Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), or FDA approved equivalent categories] entered into an internal database to allow for analysis of abnormal interpretation (recall) rate	Mammo assess cat in dbase
7025F	Patient information entered into a reminder system with a target due date for the next mammogram	Pt infosys alarm 4 nxt mammo

### Descriptores de Códigos PQRI Revisados

El Anejo 1 del CR5980 también contiene una lista de cambios editoriales a los descriptores breves y/o extensos para una cantidad de códigos PQRI.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5980) enviada a su Contratista de la Parte B, FI y A/B MAC sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1482CP.pdf>.

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

### Revised Descriptors for PQRI Codes

*Attachment 1 of CR5980 also contains a list of editorial changes to the short and/or long descriptors for a number of PQRI codes.*

### Additional Information

*The official instruction, CR 5980, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1482CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5980/ Trans R1482CP / CR5980 / 03-21-08/ mlv rrc

## NUEVOS MODIFICADORES HCPCS AL FACTURAR POR SERVICIOS A PACIENTES EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], incluyendo a los 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

## NEW HCPCS MODIFIERS WHEN BILLING FOR PATIENT CARE IN CLINICAL RESEARCH STUDIES

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

MACs por sus siglas en inglés], y Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés]) por concepto de servicios suministrados a beneficiarios de Medicare que forman parte de estudios clínicos de investigación.

### Lo Que Los Proveedores Necesitan Saber

Este artículo se basa en el CR5805. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están descontinuo los modificadores HCPCS **QA** (*FDA Investigational Device Exemption*), **QR** (*Item or Service Provided in a Medicare Specified Study*), y **QV** (*Item or Service Provided as Routine Care in a Medicare Qualifying Clinical Trial*) a partir del 31 de diciembre de 2007, y creando dos nuevos modificadores que serán utilizados únicamente para diferenciar entre servicios de rutina y servicios clínicos investigativos.

Estos nuevos modificadores se incluirán en la Actualización Anual de 2008 a los Códigos HCPCS y que son vigentes para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008:

**Q0** – Servicios de investigación clínica suministrados como parte de un estudio clínico de investigación aprobado. El código **Q0** sustituye los códigos **QA** y **QR**.

**Q1** – Servicios clínicos de rutina suministrados como parte de un estudio clínico de investigación aprobado. El código **Q1** sustituye el código **QV**.

Utilice los siguientes nuevos dos modificadores:

Se define “servicios clínicos investigativos” como aquellos artículos y servicios que se están investigando como “objetivo” dentro de estudio. Los servicios clínicos investigativos pueden incluir artículos o servicios que son aprobados, no aprobados, con cubierta de otro tipo (o no cubiertos) bajo el Programa Medicare.

Se define “servicios clínicos de rutina” como aquellos artículos y servicios que están cubiertos para beneficiarios de Medicare fuera de un estudio clínico de investigación; son utilizados para el manejo directo del paciente en el estudio; y que no

## Billing Policies

*Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs) for services provided to Medicare beneficiaries in clinical research studies.*

### What Providers Need to Know

*This article is based on Change Request (CR) 5805. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is discontinuing the **QA** (FDA Investigational Device Exemption), **QR** (Item or Service Provided in a Medicare Specified Study), and **QV** (Item or Service Provided as Routine Care in a Medicare Qualifying Clinical Trial) HCPCS modifiers as of December 31, 2007, and creating two new modifiers that will be used solely to differentiate between routine and investigational clinical services.*

*These new modifiers will be included in the 2008 Annual HCPCS Update and are effective for dates of service on and after January 1, 2008:*

**Q0** - *Investigational clinical service provided in a clinical research study that is in an approved clinical research study. Q0 replaces QA and QR.*

**Q1** - *Routine clinical service provided in a clinical research study that is in an approved clinical research study. Q1 replaces QV.*

*Use these two new modifiers as follows:*

*Investigational clinical services are defined as those items and services that are being investigated as an objective within the study. Investigational clinical services may include items or services that are approved, unapproved, or otherwise covered (or not covered) under Medicare.*

*Routine clinical services are defined as those items and services that are covered for Medicare beneficiaries outside of the clinical research study; are used for the direct patient management within the study; and, do not meet the definition of investigational clinical*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

cumplen con la definición de servicios clínicos de investigación. Los servicios clínicos de rutina pueden incluir artículos o servicios requeridos únicamente para la prestación de servicios clínicos de investigación (ejemplo: administración de un agente quimioterapéutico), el monitoreo clínico adecuado, ya sea que se requiere o no por el servicio clínico de investigación (ejemplo: pruebas de sangre para medir marcadores de tumores), y artículos o servicios requeridos para la prevención, diagnóstico o tratamiento de eventos adversos relacionados a la investigación (ejemplo: niveles de sangre de varios parámetros para medir la función renal).

Los Contratistas de Medicare no buscarán en sus archivos para ajustar reclamaciones afectadas que fueron procesadas antes de la fecha de implementación de este cambio; sin embargo, ajustarán aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención.

**Nota:** Si un aparato investigativo de Categoría A o B se utiliza en un ensayo clínico, los proveedores deben continuar incluyendo el aparato IDE (*Investigational Device Exemption*) en el campo 23 del formulario CMS-1500 o en el formulario electrónico equivalente. También, su Contratista de Medicare validará el Número IDE cuando éste aparece en la reclamación con el modificador **Q0**, y si el Número IDE no cumple con los criterios de validación, la reclamación se devolverá como “no procesable”.

### Información Adicional

Usted puede ver la instrucción oficial (CR5805) enviada a su Contratista A/B MAC, FI, DMERC, DME/MAC, RHHI o Contratista de la Parte B en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1418CP.pdf>.

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

## Billing Policies

*services. Routine clinical services may include items or services required solely for the provision of the investigational clinical services (e.g., administration of a chemotherapeutic agent), clinically appropriate monitoring, whether or not required by the investigational clinical service (e.g., blood tests to measure tumor markers), and items or services required for the prevention, diagnosis, or treatment of research related adverse events (e.g., blood levels of various parameters to measure kidney function).*

*Medicare contractors will not search their files to adjust affected claims processed prior to implementation of this change, but they will adjust such claims that you bring to their attention.*

**Note:** *If a Category A or B investigational device is used on the clinical trial, providers should continue to include the Investigational Device Exemption (IDE) in item 23 of the CMS-1500 claim form or the electronic equivalent. Also, your Medicare contractor will validate the IDE# number when it appears on the claim with the Q0 modifier and if the IDE# does not meet validation criteria, the claim will be returned as unprocessable.*

### Additional Information

*You may see the official instruction (CR5805) issued to your Medicare A/B MAC, FI, DMERC, DME/MAC, RHHI or carrier by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1418CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5805 / Trans R1418CP / CR5805 / 01-18-08 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### **PAGO POR EL SERVICIO INICIAL DE CUIDADO HOSPITALARIO (CÓDIGOS 99221-99223), Y OBSERVACIÓN O CUIDADO HOSPITALARIO (INCLUYENDO ADMISIÓN Y ALTA) (CÓDIGOS 99234-99236)**

#### **Proveedores Afectados**

Médicos y profesionales de la salud cualificados (NPPs por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios hospitalarios prestados a beneficiarios de Medicare.

#### **Lo Que Usted Necesita Saber**

El CR5793, del cual se extrae este artículo, actualiza la política de cuidado inicial hospitalario en el *Medicare Claims Processing Manual*, que incluye servicios de admisión y alta en el mismo día calendario en que se presta el servicio. Le notifica a los médicos y NPPs sobre los códigos CPT (*Current Procedural Terminology*) que deben utilizar cuando el cuidado hospitalario es de menos de 8 horas en el mismo día calendario, cuando el paciente es admitido y dado de alta en días calendario diferentes, y cuando es admitido por un periodo mayor a las 8 horas pero menor a las 24 horas en el mismo día calendario. También identifica los requisitos de documentación en el expediente médico del paciente.

#### **Trasfondo**

El CR5793, del cual se extrae este artículo, actualiza la política de cuidado inicial hospitalario que se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12 (Médicos/Profesionales de la Salud), Sección 30.6.9.1 (Pago de Servicios de Cuidado Inicial Hospitalario (Códigos 99221–99223 y Observación, o Servicios de Cuidado Hospitalario (Incluyendo Servicios de Admisión y Alta) (Códigos 99234–99236)). Le notifica a los médicos y NPPs sobre los códigos CPT correctos a usarse para facturar cuando el

## Billing Policies

### **PAYMENT FOR INITIAL HOSPITAL CARE SERVICES (CODES 99221 – 99223) AND OBSERVATION OR INPATIENT CARE SERVICES (INCLUDING ADMISSION AND DISCHARGE SERVICES) (CODES 99234 – 99236)**

#### **Provider Types Affected**

*Physicians and qualified nonphysician practitioners (NPP) who bill Medicare carriers and Medicare Administrative Contractors (A/B/MACs) for inpatient services provided to Medicare beneficiaries.*

#### **What You Need to Know**

*CR 5793, from which this article is taken, updates initial hospital care policy found in the Medicare Claims Processing Manual that includes admission and discharge services on the same calendar date of service. It advises physicians and NPPs of which Current Procedural Terminology (CPT) codes to use when inpatient hospital care is less than 8 hours on the same calendar date, when a patient is admitted and discharged on a different calendar date, and when admitted for 8 hours but less than 24 hours on the same calendar date. It also identifies medical record documentation requirements.*

#### **Background**

*CR 5793, from which this article is taken, updates initial hospital care policy found in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12 (Physicians/Nonphysician Practitioners), Section 30.6.9.1 (Payment for Initial Hospital Care Services (Codes 99221-99223 and Observation or Inpatient Care Services (Including Admission and Discharge Services) (Codes 99234 - 99236)). It advises physicians and NPPs of the correct CPT codes to use when inpatient hospital care is less than 8 hours on the same calendar date,*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

cuidado hospitalario es menor de 8 horas en la misma fecha calendario, cuando el paciente es admitido y dado de alta en un día calendario diferente, y cuando es admitido por 8 horas, pero por menos de 24 horas en el mismo día calendario; también identifica los requisitos de documentación del expediente médico.

Esta política de pago a médicos se finalizó en la Reglamentación Final del *Medicare Physician Fee Schedule*, del 1 de noviembre de 2000, Vol. 65 No. 212, pp. 65408-65409, con la implementación de los códigos CPT 2001.

Específicamente, el CR5793 recuerda a los médicos y profesionales de la salud que:

- Cuando un paciente es admitido en un hospital para cuidado hospitalario por menos de 8 horas en el mismo día calendario, usted debe reportar el Cuidado Inicial Hospitalario utilizando un Código CPT entre el 99221-99223. En este escenario, no utilice el Código 99238 ó 99239 para Servicio de Manejo el Día de Alta del Hospital.
- Cuando un paciente es admitido en un hospital para cuidado hospitalario y dado de alta en un día calendario diferente, usted debe reportar el Cuidado Inicial Hospitalario utilizando un Código CPT entre el 99221-99223, y el Código CPT 99238 ó 99239 para el Servicio de Manejo el Día de Alta del Hospital; y
- Cuando un paciente es admitido en un hospital para cuidado hospitalario por un mínimo de 8 horas, pero por menos de 24 horas, y dado de alta en el mismo día calendario, usted debe reportar los servicios de Observación y Cuidado a Paciente Hospitalizado (incluyendo Servicios de Admisión y Alta el mismo día) utilizando un código CPT entre el 99234-99236, y sin servicios adicionales de alta.

Recuerde que la documentación en el expediente médico del paciente debe cumplir con los requisitos de documentación de Evaluación y Manejo (E/M) sobre historial, examen y toma de decisiones médicas. Para reportar los códigos CPT 99234-99236, el expediente médico del paciente debe incluir:

## Billing Policies

*when a patient is admitted and discharged on a different calendar date, and when admitted for 8 hours but less than 24 hours on the same calendar date; and identifies medical record documentation requirements.*

*This physician payment policy was finalized in the Medicare Physician Fee Schedule Final Rule, dated November 1, 2000, Vol. 65, No. 212, pp. 65408 – 65409 with the implementation of the American Medical Association Current Procedural Terminology (CPT) codes for CPT 2001.*

*Specifically, CR 5793 reminds physicians and qualified NPPs that:*

- *When a patient is admitted to inpatient hospital care for less than 8 hours on the same calendar date, you shall report the Initial Hospital Care using a code from CPT code range 99221 – 99223. In this scenario, do not use the Hospital Discharge Day Management Service, CPT code 99238 or 99239;*
- *When a patient is admitted for inpatient hospital care and discharged on a different calendar date, you shall report the Initial Hospital Care using a code from CPT code range 99221 – 99223 and CPT code 99238 or 99239 for a Hospital Discharge Day Management Service; and*
- *When a patient is admitted to inpatient hospital care for a minimum of 8 hours but less than 24 hours and discharged on the same calendar date, you shall report the Observation or Inpatient Hospital Care Services (Including Admission and Discharge Services Same Day) using a code from CPT code range 99234 – 99236, and no additional discharge service.*

*Remember that your medical record documentation must meet the evaluation and management (E/M) documentation requirements for history, examination and medical decision making. For reporting CPT codes 99234 – 99236 the medical record shall include:*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Documentación estableciendo la estadía para tratamiento en hospital o estatus de cuidado de observación, que envuelve 8 horas, pero menos de 24 horas;
- Documentación identificando que el médico que factura estaba presente y realizó personalmente los servicios; y
- Documentación identificando que las notas de admisión y alta fueron escritas por el médico que factura.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los códigos CPT correctos para usar al facturar servicios de Cuidado Inicial Hospitalario, Observación o Cuidado Hospitalario (Incluyendo Admisión y Alta) en el CR5793, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1465CP.pdf>. Usted también puede encontrar la información actualizada del Capítulo 12 del *Medicare Claims Processing Manual* (Médicos y Profesionales de la Salud), Sección 30.6.9.1 (Pago de Servicios de Cuidado Inicial Hospitalario (Códigos 99221–99223) y Observación, o Servicios de Cuidado Hospitalario (Incluyendo Servicios de Admisión y Alta) (Códigos 99234–99236).

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

## Billing Policies

- *Documentation stating the stay for hospital treatment or observation care status involves 8 hours but less than 24 hours;*
- *Documentation identifying the billing physician was present and personally performed the services; and*
- *Documentation identifying the admission and discharge notes were written by the billing physician.*

### Additional Information

*You can find more information about the correct CPT codes to use for Initial Hospital Care Services and Observation or Inpatient Care Services (Including Admission and Discharge Services) by going to CR 5793 located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1465CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. You will find the updated Medicare Claims Processing manual chapter 12 (Physicians / Nonphysician Practitioners), Section 30.6.9.1 (Payment for Initial*

*Hospital Care Services (Codes 99221–99223 and Observation or Inpatient Care Services (Including Admission and Discharge Services) (Codes 99234–99236) as an attachment to that CR.*

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

Pub. MLN5793/ Trans R1465CP / CR5793 / 02-22-08/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN DE EMERGENCIA A LA BASE DE DATOS DEL MPFSDB 2008

### 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 inglés], y/o 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 y pagaderos bajo el “Medicare Physician Fee Schedule Database” (MPFSDB).

## EMERGENCY UPDATE TO THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE (MPFSDB)

### 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 MPFSDB.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5902, el cual enmienda los archivos de pago que fueron enviados a los Contratistas de Medicare a base de la Reglamentación Final del MPFS del 1 de noviembre de 2007.

### Trasfondo

La Ley de Seguro Social, Sección 1848(c)(4) (vea el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1848.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm)) autoriza a CMS a establecer políticas auxiliares necesarias para implementar valores relativos para los servicios médicos. Anteriormente, los archivos de pago se enviaban a los Contratistas de Medicare a base de la Reglamentación Final del MPFS del 1 de noviembre de 2007. El CR5902 hace enmiendas a dichos archivos de pago.

En resumen, el CR5902 instruye a los Contratistas de Medicare a:

- Actualizar sus sistemas manualmente para reflejar cinco (5) unidades base para el Código CPT 01916; y
- Actualizar manualmente su archivo de Códigos HCPCS para que incluya el código de certificación de laboratorio (LC) 400 para el código CPT 89060 a partir del 1 de enero de 2008.

**Nota:** Vea el Anejo 1 del CR5902, donde encontrará una lista detallada de cambios para ciertos códigos CPT/HCPCS incluidos en la Actualización de Emergencia del MPFSDB de 2008. La dirección Web para acceder el CR5902 se encuentra en la próxima sección de este artículo.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5902) enviada a su Contratista de Medicare, FI y A/B MAC sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1435CP.pdf>.

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

## Billing Policies

### Provider Action Needed

*The article is based on Change Request (CR) 5902 which amends payment files that were issued to Medicare contractors based upon the November 1, 2007, Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) Final Rule.*

### Background

*The Social Security Act (Section 1848(c)(4); see [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1848.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm) on the Internet) authorizes the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to establish ancillary policies necessary to implement relative values for physicians' services. Previously, payment files were issued to Medicare contractors based upon the November 1, 2007, Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. Change Request (CR) 5902 amends those payment files.*

*In summary, CR 5902 instructs your Medicare contractor to:*

- *Manually update their systems to reflect 5 base units for Current Procedural Terminology (CPT) code 01916; and*
- *Manually update their Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) file to include the laboratory certification code (LC) 400 for CPT code 89060 on or after January 1, 2008.*

*Note: See Attachment 1 of CR 5902 for a list of detailed changes for certain CPT/HCPCS codes included in the Emergency Update to the 2008 Medicare Physician Fee Schedule Database (MPFSDB). The Web address for accessing CR5902 is in the next section of this article.*

### Additional Information

*The official instruction, CR 5902, issued to your Medicare carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1435CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5902 / Trans R1435CP / CR5904 / 02-05-08 / mlv rrc

## Políticas de Pago

### **PAGO DE MEDICARE PARA SERVICIOS RELACIONADOS A LA PRE-ADMINISTRACIÓN ASOCIADA CON LA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA (IVIG) – PAGO EXTENDIDO A TRAVÉS DEL AÑO CALENDARIO 2008**

En 2006 y 2007, Medicare hizo pagos por separado a médicos y departamentos ambulatorios de hospitales por servicios relacionados a la pre-administración asociada con la administración de IVIG, Código HCPCS G0332.

El CR5713, del cual se extrae este artículo, establece que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están extendiendo, durante el año calendario 2008, el pago temporero de servicios relacionados a la pre-administración de Inmunoglobulina Intravenosa (IVIG, por sus siglas en inglés) a departamentos ambulatorios de hospitales y médicos que administran IVIG. El servicio de pre-administración de IVIG solamente puede ser facturado por el médico o instalación ambulatoria que provee la infusión IVIG, una vez por paciente, por día, de administración de IVIG. Para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008, el servicio debe facturarse en la misma reclamación que el producto IVIG (J1566, J1568, J1569, J1561 y/o J1572) y debe tener la misma fecha de servicio que el producto IVIG y el servicio de administración del medicamento.

Para detalles completos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5713.pdf>.

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

## Billing Policies

### **MEDICARE PAYMENT FOR PRE-ADMINISTRATION-RELATED SERVICES ASSOCIATED WITH INTRAVENOUS IMMUNE GLOBULIN (IVIG) ADMINISTRATION—PAYMENT EXTENDED THROUGH CY 2008**

*In 2006 and 2007, Medicare made a separate payment to physicians and hospital outpatient departments for pre-administration-related services associated with administration of IVIG, Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code G0332.*

*CR5713, from which this article was taken, states that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is extending the temporary IVIG pre-administration-related services payment to hospital outpatient departments and physicians that administer IVIG through calendar year (CY) 2008. This IVIG pre-administration service can only be billed by the physician or outpatient hospital providing the IVIG infusion once per patient per day of IVIG administration. For services on or after January 1, 2008, the service must be billed on the same claim form as the IVIG product (J1566, J1568, J1569, J1561 and/or J1572) and have the same date of service as the IVIG product and a drug administration service.*

*For complete details, please go to <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/5713.pdf> on the CMS website.*

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

MM5713/Trans.R1338CP/CR5713 mlv rrc

## Laboratorio

### **CAMBIOS A LA LEY DE EXTENSIÓN DEL 2007 DE LOS PROGRAMAS MEDICARE, MEDICAID Y CHIP (STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM) (MMSEA) A LA FACTURACIÓN DE LABORATORIOS INDEPENDIENTES POR EL COMPONENTE TÉCNICO (TC) DE SERVICIOS MÉDICOS DE PATOLOGÍA**

#### **Proveedores Afectados**

Laboratorios independientes que facturan a los Contratistas de la Parte B o 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 hospitalizados.

#### **Lo Que Los Proveedores Necesitan Saber**

Los laboratorios independientes cualificados pueden continuar facturando directamente a Medicare por el Componente Técnico (TC por sus siglas en inglés) de ciertos servicios médicos patológicos prestados a pacientes como parte de una estadía cubierta en el hospital o servicios ambulatorios de hospital, hasta el 30 de junio de 2008.

#### **Trasfondo**

En la reglamentación final del "Physician Fee Schedule" publicada en el "Federal Register" el 2 de noviembre de 1999, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) establecieron que se implementaría una política para pagar solamente al hospital por el Componente Técnico (TC) de servicios médicos patológicos suministrados a pacientes hospitalizados. Regularmente, las estipulaciones finales del *Physician Fee Schedule* se implementan al año siguiente. Sin embargo, las nuevas estipulaciones establecidas bajo la Sección 542 del "Benefits Improvement and Protection Act" del 2000 (BIPA), Sección 732 del "Medicare Modernization Act" (MMA), y la Sección 104 del

## Laboratory

### **MEDICARE, MEDICAID AND STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (SCHIP) EXTENSION ACT OF 2007 (MMSEA) CHANGES TO INDEPENDENT LABORATORY BILLING FOR THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF PHYSICIAN PATHOLOGY SERVICES**

#### **Provider Types Affected**

*Independent laboratories billing Medicare carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services rendered to hospitalized Medicare beneficiaries.*

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

*Qualifying independent laboratories may continue to bill Medicare directly for the TC of certain physician pathology services provided to patients as part of a covered hospital inpatient stay or outpatient hospital service, through June 30, 2008.*

#### **Background**

*In the final physician fee schedule regulation published in the Federal Register on November 2, 1999, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) stated it would implement a policy to pay only the hospital for the TC of physician pathology services furnished to hospital patients. Ordinarily, the provisions in the final physician fee schedule are implemented in the following year. However, new provisions established under Section 542 of the Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA), Section 732 of the Medicare Modernization Act (MMA), and Section 104 of the Tax Relief and Health Care*

Cont. on next page

## Laboratorio

“*Tax Relief and Health Care Act*” (TRHCA) del 2006 han retrasado aún más la implementación de los cambios propuestos a la política. Estas estipulaciones fueron programadas para expirar el 31 de diciembre de 2007.

La Sección 104 del *Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act* del 2007 creó una nueva estipulación para extender la Sección 732 del *Medicare Modernization Act* (MMA) por seis meses adicionales. Esto permitirá que los laboratorios independientes cualificados continúen facturando a Medicare por el Componente Técnico (TC) de ciertos servicios médicos de patología suministrados a beneficiarios de Medicare en un evento de hospitalización o en un evento ambulatorio cubierto, sin importar el estatus de hospitalización del beneficiario en la fecha en que se prestó el servicio. Los laboratorios independientes elegibles para facturar por estos servicios, ya sea al Contratista de la Parte B o al Contratista Administrativo de la Parte A/B de Medicare (A/B MAC), pueden hacerlo hasta el 30 de junio de 2008, sin importar el estatus de hospitalización del beneficiario.

### Puntos Clave

- Los laboratorios independientes que cualifican para facturar por el Componente Técnico (TC) de un servicio médico de patología suministrado a un paciente hospitalizado o ambulatorio en un hospital cubierto, pueden continuar facturando a su Contratista de la Parte B o A/B MACs por estos servicios hasta el 30 de junio de 2008.
- Vigente el 1 de julio de 2008, solamente el hospital podrá facturar el TC de un servicio médico de patología suministrado a un paciente hospitalizado o ambulatorio.
- El concepto de un hospital cubierto se refiere a un hospital que tiene un arreglo con un laboratorio independiente y el acuerdo estaba en vigor desde el 22 de julio de 1999, bajo el cual el laboratorio suministró el TC del servicio médico de patología a beneficiarios de Medicare “Fee-For-Service” que eran pacientes del hospital.

## Laboratory

*Act of 2006 (TRHCA) have further delayed implementation of the proposed policy change. These provisions were scheduled to expire December 31, 2007.*

*The Section 104 of the Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act of 2007 created a new provision to extend Section 732 of the Medicare Modernization Act (MMA) provision an additional six months. This will allow qualifying independent laboratories to continue to bill Medicare for the technical component (TC) of certain physician pathology services provided to beneficiary in a covered hospital inpatient or outpatient event, regardless of the beneficiary’s hospitalization status on the date the service was performed. Independent laboratories eligible to bill their carrier or Part A/B Medicare Administrative Contractor (Part A/B MAC) for these services may do so through June 30, 2008, regardless of the beneficiary’s hospitalization status.*

### Key Points

- *Independent laboratories that qualify to bill for the TC of a physician pathology service furnished to an inpatient or outpatient of a covered hospital may continue to bill their carrier or Part A/B MAC for these services through June 30, 2008.*
- *Effective on or after July 1, 2008, only the hospital may bill for the TC of a physician pathology service provided to a hospital inpatient or outpatient.*
- *A covered hospital refers to a hospital that has an arrangement with an independent laboratory that was in effect as of July 22, 1999, under which the laboratory furnished the TC of physician pathology services to fee-for-service Medicare beneficiaries who were patients of the hospital.*

Cont. on next page

## Laboratorio

- El hospital no puede facturar bajo el Sistema OPSS (*Outpatient Prospective Payment System*) por el TC de servicios médicos de patología si el laboratorio que le brinda servicio a ese paciente ambulatorio de hospital está recibiendo pago de su Contratista de la Parte B o del A/B MAC bajo el *Medicare Physician Fee Schedule* (MPFS).

### Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5943) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC de Medicare, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1440CP.pdf>.

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

## Laboratory

- *The hospital cannot bill under the Outpatient Prospective Payment System (OPSS) for the TC of physician pathology services if the laboratory that services that hospital outpatient is receiving payment from its carrier or A/B MAC under the Medicare physician fee schedule.*

### Additional Information

*To see the official instruction (CR5943) issued to your Medicare carrier or Part A/B MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1440CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5943/ Trans R1440CP / CR5943 / 02-07-08/ mlv rrc

## LABORATORIO CLÍNICO: NUEVA PRUEBA AUTOMATIZADA PARA EL ALGORITMO DE PAGO PARA EL PANEL AMCC

### Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores que someten reclamaciones por el "Automated Multi-channel Chemistry Code" (AMCC) a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], e Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés]), por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han publicado el CR5874 para alertar a los proveedores que el código CPT existente 82330 (*Calcium; ionized*) se pagará como una prueba individual y no se incluyó en el Algoritmo de Pago para el Panel AMCC. Esto cambiará con vigencia el 1 de julio de 2008.

### Lo Que Usted Necesita Saber

Vigente el 1 de julio de 2008, el Código CPT 82330 se convertirá en una prueba química automatizada incluida dentro del Algoritmo de Pago para el Panel AMCC, para propósitos de pago.

## CLINICAL LAB: NEW AUTOMATED TEST FOR THE AMCC PANEL PAYMENT ALGORITHM

### Provider Types Affected

*All physicians and providers, who submit claims for the AMCC to Medicare contractors (carriers, Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and Fiscal Intermediaries (FIs)) for services provided to Medicare beneficiaries.*

### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued Change Request (CR) 5874 to alert providers that existing current procedural terminology (CPT) code 82330, Calcium; ionized is being paid as in individual test and was not included in the AMCC Panel Payment Algorithm. That changes effective July 1, 2008.*

### What You Need to Know

*Effective July 1, 2008, CPT 82330 will become an automated chemistry test within the AMCC Panel Payment Algorithm for payment purposes.*

Cont. on next page

## Laboratorio

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese de que el personal a cargo de facturación en su oficina tenga conocimiento sobre este cambio.

### Trasfondo

A partir del 1 de enero de 2008, el Panel Editorial CPT creó el nuevo código 80047 (*Basic metabolic panel [Calcium, ionized]*), el cual es un código químico multi-canal automatizado (AMCC) y está actualmente incluido en el Algoritmo de Pago para el Panel AMCC. El nuevo código 80047 abarca 8 componentes de códigos de prueba (vea la tabla a continuación). También, el nuevo código 80047 no es un reemplazo al código 80048 (*Basic metabolic panel*). Ambos códigos (80048 y 80047) están incluidos en el *Clinical Laboratory Fee Schedule* de 2008.

### Puntos Clave

- Para poder determinar el pago para el nuevo código 80047 haciendo uso del Algoritmo de Pago para el Panel AMCC, el código existente 82330 (*Calcium; ionized*), será añadido como un código del panel AMCC.
- El código de pago ATP23 también se incluyó en el archivo de datos de las Tarifas Fijas para Laboratorios Clínicos para que se relacione con la adición del código del panel AMCC.
- El Código CPT 80047 (*Basic metabolic panel [Calcium, ionized]*) está compuesto de las siguientes pruebas:
  - Calcium; ionized (82330);
  - Carbon dioxide (82374);
  - Chloride (82435);
  - Creatinine (82565);
  - Glucose (82947);
  - Potassium (84132);
  - Sodium (84295); and
  - Urea Nitrogen (BUN) (84520)

Para pacientes de diálisis ESRD, el código CPT 82330 (*Calcium; ionized*) se incluirá en el cálculo para la regla 50/50 (Pub. 100-04, Capítulo 16, Sección 40.6). Cuando se factura el Código CPT 82330 como un sustituto del Código CPT 82310 (*Calcium; total*), éste debe facturarse con un modificador CD o CE. Cuando el Código CPT 82330 se factura en adición al CPT 82310, el mismo debe facturarse con un modificador CF.

## Laboratory

### What You Need to Do

*Make certain your office staffs are aware of this change.*

### Background

*Effective January 1, 2008, the CPT Editorial Panel created a new code 80047 Basic metabolic panel (Calcium, ionized) which is an automated multi-channel chemistry (AMCC) code and is currently included in the automated multi-channel chemistry code (AMCC) Panel Payment Algorithm. The new code 80047 is comprised of eight component test codes (see table below). Also, new code 80047 is not a replacement for code 80048 Basic metabolic panel. Both codes 80048 and 80047 are included in the 2008 clinical laboratory fee schedule.*

### Key Points

- *In order to determine payment for the new code 80047 using the AMCC Panel Payment Algorithm, existing code 82330, Calcium; ionized, will be added as an AMCC panel code.*
- *Payment code ATP23 has also been included in the clinical laboratory fee schedule data file to correspond to the AMCC panel code addition.*
- *The CPT code 80047 Basic metabolic panel (Calcium, ionized) is comprised of:*
  - Calcium; ionized (82330);
  - Carbon dioxide (82374);
  - Chloride (82435);
  - Creatinine (82565);
  - Glucose (82947);
  - Potassium (84132);
  - Sodium (84295); and
  - Urea Nitrogen (BUN) (84520)

*For ESRD dialysis patients, CPT code 82330 Calcium; ionized will be included in the calculation for the 50/50 rule (Pub 100-04, Chapter 16, Section 40.6). When CPT code 82330 is billed as a substitute for CPT code 82310, Calcium; total, it should be billed with modifier CD or CE. When CPT code 82330 is billed in addition to CPT 82310, it should be billed with CF modifier.*

Cont. on next page

## Laboratorio

Observe que, de acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual*, Sección 40.6.1, el nuevo código de panel 80047 no puede facturarse para servicios ordenados a través de una instalación ESRD. Todas las pruebas facturadas para servicios ordenados a través de una instalación ESRD deben facturarse individualmente, no en un panel de enfermedad de órganos. El *Medicare Claims Processing Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp>.

### Información Adicional

Para ver la instrucción oficial (CR5874) enviada a su Contratista, FI o A/B MAC de Medicare, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R83BP.pdf>.

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

## Laboratory

*Note that, in accordance with the Medicare Claims Processing Manual, section 40.6.1, the new panel code 80047 cannot be billed for services ordered through an ESRD facility. All tests billed for services ordered through an ESRD facility must be billed individually, not in an organ disease panel. The Medicare Claims Processing Manual is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp> on the CMS website.*

### Additional Information

*To see the official instruction (CR5874) issued to your Medicare Carrier, FI, or A/B MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R83BP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5874/ Trans R83BP / CR5874 / 02-15-08/ mlv rrc

## ACTUALIZACIÓN ANUAL 2008 A LAS TARIFAS FIJAS DE LABORATORIO CLÍNICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO SUJETOS A PAGOS CON CARGOS RAZONABLES

Este artículo y, el CR5813 relacionado, contienen información importante sobre:

- La actualización anual de 2008 a la tarifa fija de de laboratorios clínicos;
- Delinea los nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico; y
- Costos de laboratorio relacionados a servicios sujetos a pagos por el sistema de cargos razonables.

Para detalles completos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5813.pdf>.

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

## 2008 ANNUAL UPDATE FOR CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND LABORATORY SERVICES SUBJECT TO REASONABLE CHARGE PAYMENT

*This article and related CR5813 contain important information regarding:*

- *The 2008 annual updates to the clinical laboratory fee schedule;*
- *Mapping for new codes for clinical laboratory tests; and*
- *Laboratory costs related to services subject to reasonable charge payments*

*For complete details, please go to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5813.pdf> on the CMS website.*

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

MM5813/Trans. R1400CP/CR5813 mlv rrc

## Laboratorio

### CÓDIGOS HCPCS SUJETOS A Y EXCLUIDOS DE LOS ÉDITOS DEL CLIA

#### Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por su siglas en inglés) por concepto de pruebas de laboratorio.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Si usted no tiene un certificado CLIA válido y vigente, y somete una reclamación a su Contratista de la Parte B de Medicare o a su A/B MAC con un código HCPCS que se considera una prueba de laboratorio que requiere el certificado CLIA, su pago de Medicare puede verse afectado.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El *Clinical Laboratory Improvement Amendments Act* (CLIA) del 1988 requiere que para cada prueba que realiza, un laboratorio clínico debe estar debidamente certificado. Los códigos HCPCS que CMS considera como pruebas de laboratorio bajo el CLIA (y que por ende requieren certificación), cambian cada año. El CR5926, del cual se extrae este artículo, informa a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los A/B MACs sobre los nuevos códigos HCPCS para el 2008 que están sujetos a los éditos del CLIA y también sobre aquellos que ahora están excluidos de los éditos CLIA.

#### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina está al tanto de estos cambios en códigos HCPCS relacionados con el CLIA para el 2008 y que usted esté al corriente respecto a los requisitos de certificación.

#### Trasfondo

El CLIA de 1998 requiere a las instalaciones de laboratorio que estén debidamente certificadas para cada una de las pruebas que realizan.

Para asegurar que Medicare y Medicaid solamente pagan las pruebas de laboratorio que se realizan en instalaciones certificadas, los Contratistas de la Parte B de Medicare y los A/B

## Laboratory

### HCPCS CODES SUBJECT TO AND EXCLUDED FROM CLIA EDITS

#### Provider Types Affected

*Clinical diagnostic laboratories billing Medicare Carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for laboratory tests.*

#### Provider Action Needed

*If you do not have a valid, current, CLIA certificate and submit a claim to your Medicare Carrier or A/B MAC for a HCPCS code that is considered to be a laboratory test requiring a CLIA certificate, your Medicare payment may be impacted.*

#### What You Need to Know

*The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1998 (CLIA) requires that for each test it performs, a laboratory facility must be appropriately certified. The HCPCS codes that CMS considers to be laboratory tests under CLIA (and thus requiring certification) change each year. CR 5926, from which this article is taken, informs carriers and A/B MACs about the new HCPCS codes for 2008 that are subject to CLIA edits and also about those that are now excluded from CLIA edits.*

#### What You Need to Do

*Make sure that your billing staffs are aware of these CLIA-related HCPCS changes for 2008 and that you remain current with certification requirements.*

#### Background

*The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1998 (CLIA) require a laboratory facility to be appropriately certified for each test it performs.*

*To ensure that Medicare and Medicaid only pay for laboratory tests that are performed by certified facilities, carriers and A/B MACs will edit each Medicare claim submitted for a HCPCS code*

Cont. on next page



## Laboratorio

MACs editarán cada reclamación de Medicare sometida con un código HCPCS que se considere una prueba de laboratorio CLIA. Estos códigos HCPCS cambian cada año y el CR5926, del cual se extrae este artículo, notifica a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los A/B MACs sobre los nuevos códigos HCPCS para el 2008 que están sujetos a, o excluidos de, los éditos CLIA.

Los códigos HCPCS enumerados en la tabla que sigue son nuevos para el 2008 y están sujetos a los éditos CLIA. Esta lista no incluye los nuevos códigos HCPCS para pruebas con dispensa o procedimientos realizados por el proveedor. Los códigos HCPCS enumerados más adelante requieren que la instalación tenga un certificado de registro CLIA (Tipo de Certificado Código 9), un certificado de cumplimiento CLIA (Tipo de Certificado Código 1), o un certificado de acreditación CLIA (Tipo de Certificado Código 3). Una instalación que no tenga un certificado CLIA válido y vigente, con un certificado de dispensa CLIA vigente (Tipo de Certificado Código 2), o con un certificado CLIA para procedimientos microscópicos realizados por el proveedor (Tipo de Certificado Código 4), no recibirá pago por esas pruebas y las reclamaciones se denegarán. El no someter su número CLIA en reclamaciones que contienen uno de esos códigos HCPCS resultará en la devolución de su reclamación por parte de su Contratista de la Parte B o de su A/B MAC por ser “no procesable”.

## Laboratory

*considered to be a CLIA laboratory test. These HCPCS codes change each year, and CR 5926, from which this article is taken, informs carriers and A/B MACs about the new HCPCS codes for 2008 that are both subject to, and excluded from, CLIA edits.*

*The HCPCS codes listed in the chart that follows are new for 2008 and are subject to CLIA edits. The list does not include new HCPCS codes for waived tests or provider-performed procedures. The HCPCS codes listed below require a facility to have either a CLIA certificate of registration (certificate type code 9), a CLIA certificate of compliance (certificate type code 1), or a CLIA certificate of accreditation (certificate type code 3). A facility without a valid, current, CLIA certificate, with a current CLIA certificate of waiver (certificate type code 2) or with a current CLIA certificate for provider-performed microscopy procedures (certificate type code 4) will not be paid for these tests and the claims will be denied. Failure to submit your CLIA number on claims containing one of these HCPCS codes will result in the Medicare carrier or A/B MAC returning your claim as unprocessable.*

HCPCS Code	Description
80047	Basic metabolic panel (Calcium, ionized)
82610	Cystatin C
83993	Calprotectin, fecal
84704	Gonadotropin, chorionic (hCG); free beta chain
86356	Mononuclear cell antigen, quantitative (eg, flow cytometry), not otherwise specified, each antigen
87500	Infectious agent detection by nucleic acid (DNA or RNA); vancomycin resistance (eg, enterococcus species van A, van B), amplified probe technique
87809	Infectious agent antigen detection by immunoassay with direct optical observation; adenovirus
88381	Microdissection (ie, sample preparation of microscopically identified target); manual
89322	Semen analysis; volume, count, motility, and differential using strict morphologic criteria (eg, Kruger)
89331	Sperm evaluation, for retrograde ejaculation, urine (sperm concentration, motility, and morphology, as indicated)

Cont. on next page

## Laboratorio

### Otros Puntos Clave

- El código HCPCS 86586 [Unlisted antigen, each] se discontinuó el 31 de diciembre de 2007.
- Para el 2008, el nuevo código HCPCS 86486 [Skin test; unlisted antigen, each] está excluido de los éditos CLIA y no se requiere que la instalación posea certificación CLIA alguna.

### Información Adicional

Para ver la instrucción oficial (CR5926) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC de Medicare, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1471CP.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Laboratory

### Other Key Points

- *The HCPCS code 86586 [Unlisted antigen, each] was discontinued on 12/31/2007.*
- *For 2008, the new HCPCS code 86486 [Skin test; unlisted antigen, each] is excluded from CLIA edits and does not require a facility to have any CLIA certificate.*

### Additional Information

*To see the official instruction (CR5926) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1471CP.pdf> on the CMS website. If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MLN5926/ Trans R1471CP / CR5926 / 02-29-08/ mlv rrc

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE DEMOSTRACIÓN DE OFERTA COMPETITIVA DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR, según sus siglas en inglés) 5772, el cual implementa la primera área de oferta competitiva (Área estadística metropolitana o CBA1 de San Diego-Carlsbad-San Marcos, California) para el "Proyecto de demostración de oferta competitiva para servicios de laboratorio clínico" de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, cambia algunos de los requisitos descritos en el CR5205 emitido el 1 de agosto de 2006 (véase el artículo MLN Matter en sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5205.pdf>). El CR5205 se reemplazó por el CR5359, emitido el 1 de noviembre de 2006 (véase el artículo de MLN Matters en el sitio Web de CMS en el <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5359.pdf>)

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/MM5772.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## IMPLEMENTATION OF THE MEDICARE CLINICAL LABORATORY SERVICES COMPETITIVE BIDDING DEMONSTRATION

*This article was taken from CR 5772, which implements the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Medicare Clinical Laboratory Services Competitive Bidding Demonstration in the first Competitive Bidding Area (San Diego-Carlsbad-San Marcos, California metropolitan statistical area, or CBA1); and changes some of the demonstration's requirements that were stated in CR5205, issued August 1, 2006, (see the MLN Matters article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5205.pdf>). CR 5205 was superseded by CR5359, issued November 1, 2006, (see the MLN Matters article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5359.pdf> on the 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/MM5772.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

CR5772/Trans. R56DEMO/MM5772 ab

## Medicamentos

### PROCESO PARA ENMENDAR EL COMPENDIO PARA DETERMINAR INDICACIONES MÉDICAMENTE ACEPTABLES PARA EL USO NO ROTULADO DE MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS EN UN RÉGIMEN DE QUIMIOTERAPIA ANTI CÁNCER

#### Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a los 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 medicamentos y biológicos utilizados en tratamientos de quimioterapia contra el cáncer.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5870, del cual se extrae este artículo, anuncia que el Manual de Tarifas Fijas de Médicos (MPFS) del 2008 contiene una regla nueva para revisar el compendio utilizado para determinar indicaciones médicamente aceptables para el uso no rotulado de medicamentos y biológicos en un régimen de quimioterapia anti cáncer.

#### Trasfondo

Un compendio (una lista abarcadora de medicamentos y biológicos aprobados por la FDA, o de un subgrupo específico de medicamentos y biológicos - por ejemplo, un compendio de tratamiento anti cáncer):

- Clasificado por medicamento o biológico, en lugar de por enfermedad; y
- Incluye un resumen de las características farmacológicas para cada medicamento o biológico, y puede incluir información sobre la dosis, al igual que usos recomendados o aprobados para enfermedades específicas.

La Sección 1861(t)(2)(B)(ii)(I) del Acta de Seguro Social enumera tres compendios de medicamentos: el *American Hospital Formulary Service-Drug Information* (AHFS-DI), el *American Medical Association Drug Evaluations* (AMA-DE), y el *United States Pharmacopoeia-Drug Information*

## Drugs

### PROCESS FOR AMENDING THE LIST OF COMPENDIA FOR DETERMINATION OF MEDICALLY-ACCEPTED INDICATIONS FOR OFF-LABEL USES OF DRUGS AND BIOLOGICALS IN AN ANTI-CANCER CHEMOTHERAPEUTIC REGIMEN

#### Provider Types Affected

*Providers who bill Medicare carriers and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for drugs and biologicals used in anti-cancer chemotherapeutic regimens*

#### What You Need to Know

*CR 5870, from which this article is taken, announces that the 2008 Physician Fee Schedule contains a new rule for revising the compendia list used to determine medically-accepted indications for off-label uses of drugs and biologicals in an anti-cancer chemotherapeutic regimen”.*

#### Background

*A compendium (a comprehensive listing of either FDA-approved drugs and biologicals, or of a specific subset of drugs and biologicals -for example, compendium of anti-cancer treatment):*

- *Is indexed by the drug or biological, rather than by disease; and*
- *Includes a summary of the pharmacologic characteristics of each drug or biological’s pharmacologic characteristics, and may include information on dosage, as well as recommended or endorsed uses in specific diseases.*

*Section 1861(t)(2)(B)(ii)(I) of the Social Security Act lists three drug compendia (American Hospital Formulary Service-Drug Information (AHFS-DI), American Medical Association Drug Evaluations (AMA-DE), and United States Pharmacopoeia-Drug*

Cont. on next page

## Medicamentos

(USP–DI)), los cuales pueden utilizarse para determinar indicaciones médicamente aceptables de medicamentos y biológicos utilizados en un régimen de quimioterapia anti cáncer. (La lista se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/CoverageGenInfo/02\\_compendia.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CoverageGenInfo/02_compendia.asp#TopOfPage).)

Pero los cambios en la industria de la referencia farmacéutica limitan, para referencia de CMS, la disponibilidad de algunos de esos compendios nombrados por estatuto.

Por lo tanto, de acuerdo a la Sección 1861(t)(2) del Acta, se le otorga al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos la autoridad de revisar la lista de compendios para determinar indicaciones médicamente aceptables para medicamentos, el CR5870 anuncia que el MPFS del 2008 contiene una nueva regla para revisar la lista de compendios utilizada para determinar indicaciones médicamente aceptables para el uso no rotulado de medicamentos y biológicos en un régimen de quimioterapia anti cáncer.

### Proceso para Cambiar la Lista de Compendios

Comenzando el 15 de enero de 2008, y cada 15 de enero, CMS proveerá un periodo abierto de 30 días para que el público someta peticiones de adición o eliminación a la lista de compendios que se encuentra en el sitio Web de CMS.

A más tardar el 15 de marzo, CMS publicará solicitudes completas en su sitio Web para notificación pública y comentarios. Las solicitudes consideradas completas (y por ende aceptadas para revisión), deben incluir la siguiente información:

- Nombre completo del peticionario e información de contacto (incluyendo dirección postal, correo electrónico y número de teléfono);

**Nota:** Si el peticionario no es un individuo, la información debe identificar al oficial u otro representante autorizado a actuar en representación del peticionario en todos los asuntos relacionados a la petición.

## Drugs

*Information (USP–DI)) that may be used to determine the medically accepted indications for drugs and biologicals used in an anti-cancer chemotherapeutic regimen. (The list is available on the Centers for Medicare & Medicaid (CMS) website at [http://www.cms.hhs.gov/CoverageGenInfo/02\\_compendia.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CoverageGenInfo/02_compendia.asp#TopOfPage) on the CMS website.)*

*But changes in the pharmaceutical reference industry limit the availability of some of these statutorily named compendia for CMS reference.*

*Therefore, per Section 1861(t)(2) of the Act that provides the Secretary of the Department of Health and Human Services the authority to revise the list of compendia for determining medically-accepted indications for drugs, CR 5870 announces that the 2008 Physician Fee Schedule contains a new rule for revising the compendia list used to determine medically-accepted indications for off-label uses of drugs and biologicals in an anti-cancer chemotherapeutic regimen.*

### Process for Changing List of Compendia

*Starting January 15, 2008, and each following January 15th, CMS will provide an annual 30-day open request period for the public to submit requests for additions or deletions to the compendia list that is on the CMS website.*

*By March 15th, CMS will post complete requests to its website for public notice and comment. Requests considered complete (and therefore accepted for review) must include the following information:*

- *The requestor's full name and contact information (including the mailing address, e-mail address, and telephone number);*

**Note:** *If the requestor is not an individual person, the information will identify the officer or other representative who is authorized to act for the requestor on all matters related to the request.*

Cont. on next page

## Medicamentos

- Identificación completa del compendio solicitado, incluyendo nombre, casa publicadora, edición (si aplica), fecha de publicación, así como cualquier otra información necesaria, o su identificación exacta y precisa;
- La acción específica que el peticionario desea por parte de CMS, por ejemplo, la adición o eliminación de un compendio en específico;
- Una copia completa (escrita, electrónica o disponible en línea, sin costo para el Gobierno) del compendio solicitado;
- Documentación específica y detallada de que el compendio solicitado cumple o no cumple con las condiciones de esta regla.

**Nota:** Reclamaciones amplias y no específicas, sin documentación de apoyo, no podrán ser evaluadas eficientemente; por lo tanto, no serán aceptadas.

CMS aceptará estos comentarios públicos durante un período de 30 días, comenzando en el primer día en que la petición se publica en el sitio Web.

Finalmente, además de este proceso anual, CMS puede también generar una petición de cambios a la lista en cualquier momento que se requiera acción urgente para proteger los intereses del Programa Medicare y de sus beneficiarios.

### Instrucciones para Someter Peticiones

Usted debe observar que una petición solamente puede tener un compendio como asunto (para proveer mayor claridad en el alcance de la evaluación de la agencia de una solicitud específica), a pesar de que un peticionario puede someter múltiples peticiones, cada una de ellas solicitando una acción diferente.

Las peticiones deben someterse por escrito y en solo uno de los formatos (no ambos) que se mencionan a continuación:

- Con el fin de facilitar la eficiencia administrativa, se prefiere las solicitudes electrónicas. Cada petición incluirá la dirección electrónica para someter peticiones.

## Drugs

- *Full identification of the requested compendium, including name, publisher, edition (if applicable) date of publication, and any other information needed or its accurate and precise identification;*
- *A complete copy (written, electronic, or available online at no cost to the Government) of the requested compendium;*
- *The specific action that the requestor wishes CMS to take, for example to add or delete a specific compendium;*
- *Detailed, specific documentation that the requested compendium does or does not comply with the conditions of this rule.*

**Note:** *Broad, nonspecific claims without supporting documentation cannot be efficiently reviewed; therefore, will not be accepted.*

*CMS will accept these public comments for a 30-day period beginning on the day the request is posted on the website.*

*Finally, in addition to this annual process, CMS may also generate a request for changes to the list at any time an urgent action is needed to protect the interests of the Medicare program and its beneficiaries.*

### Request Submission Instructions

*You should note that a request may have only a single compendium as its subject (to provide greater clarity on the scope of the agency's review of a given request), though a requestor may submit multiple requests, each requesting a different action.*

*Requests must be in writing and submitted in either one (but not both) of the following two ways:*

- *In order to facilitate administrative efficiency, electronic requests are preferred. Each solicitation will include the electronic address for submissions.*

Cont. on next page

## Medicamentos

- Las copias impresas pueden enviarse a la siguiente dirección:

### Centers for Medicare & Medicaid Services

Coverage and Analysis Group  
Mailstop C1-09-06  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, MD 21244

**Nota:** Asegúrese de que permite suficiente tiempo para que se reciban las copias impresas antes del cierre del periodo de peticiones.

### Revisión de Solicitudes

Los compendios para determinar indicaciones médicamente aceptables de medicamentos y biológicos en terapia anti cáncer deben contener estas características deseables:

- Listas amplias;
- Procesamiento rápido de solicitud para inclusión en las listas.
- Descripción detallada de la evidencia evaluada para cada lista individual;
- Uso de criterios de publicación pre-especificados para evaluar/medir la evidencia;
- Uso del proceso publicado prescrito para hacer recomendaciones;
- Llevar a cabo un proceso públicamente transparente para evaluación de terapias;
- Lista explícita de “no recomendados” cuando la evidencia validada es inapropiada;
- Lista explícita y recomendaciones sobre terapias, incluyendo uso secuencial o combinación en relación a otras terapias;
- Lista explícita de “equivocos” cuando la evidencia validada es equívoca; y
- Un proceso público de identificación y notificación de potenciales conflictos de interés del creador del compendio y organizaciones hermanas, evaluadores, miembros de comités, con un procedimiento establecido para el manejo de conflictos reconocidos.

Al evaluar peticiones, CMS puede considerar:

- Que el compendio cumpla con las características enumeradas;

## Drugs

- *Hard copy requests can be sent to:*

**Note:** *Make sure that you allow sufficient time for hard copies to be received prior to the close of the open request period.*

### Request Review

*Compendia to determine medically-accepted indications of drugs and biologicals in anti-cancer therapy should have these desirable characteristics:*

- *Extensive breadth of listings;*
- *Quick processing from application for inclusion to listing;*
- *Detailed description of the evidence reviewed for every individual listing;*
- *Use of pre-specified published criteria for weighing evidence;*
- *Use of prescribed published process for making recommendations;*
- *Publicly transparent process for evaluating therapies;*
- *Explicit “Not recommended” listing when validated evidence is appropriate;*
- *Explicit listing and recommendations regarding therapies, including sequential use or combination in relation to other therapies;*
- *Explicit “Equivocal” listing when validated evidence is equivocal; and*
- *A process for public identification and notification of potential conflicts of interest of the compendia’s parent and sibling organizations, reviewers, and committee members, with an established procedure to manage recognized conflicts.*

*When reviewing requests, CMS may consider:*

- *A compendium’s attainment of these listed characteristics;*

Cont. on next page

## Medicamentos

- Factores razonables adicionales (por ejemplo, factores que probablemente impacten la aptitud del compendio para ese uso, tal como un cambio de propietario o afiliación, los estándares aplicables a la evidencia considerada por el compendio y cualquier conflicto de interés relevante; y que la amplia accesibilidad por el público en general de la información contenida en el compendio pueda ayudar a los beneficiarios, los médicos que los atienden, o ambos, al escoger entre diferentes opciones de tratamiento); y
- El proceso mediante el cual el compendio evalúa la evidencia utilizada al hacer recomendaciones respecto a usos no rotulados, así como las evaluaciones en sí mismas. Más aún, para facilitar eficiencia administrativa en la evaluación de peticiones, CMS (a su discreción), puede combinar y considerar múltiples peticiones que se refieren al mismo compendio, aún si dichas peticiones son para diferentes acciones.

### Publicación de los Resultados de la Evaluación

CMS publicará sus decisiones en el sitio Web de CMS dentro de los 90 días luego del cierre del periodo de comentarios públicos.

### Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare sobre la nueva regulación para revisar la lista de compendios utilizados para determinar indicaciones médicamente aceptables para el uso no rotulado de medicamentos y biológicos en un régimen de quimioterapia anti cáncer en el CR5870. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R81BP.pdf>. Las enmiendas al *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Service*), Sección 50.4.8 (*Process for Amending the List of Compendia for Determination of Medically-Accepted Indications for Off-Label Uses of Drugs and Biologicals in an Anti-Cancer Chemotherapeutic Regimen*)), se incluyen como un anejo a este CR.

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

## Drugs

- *Additional reasonable factors (For example, factors that are likely to impact the compendium's suitability for this use, such as a change in ownership or affiliation, the standards applicable to the evidence considered by the compendium, and any relevant conflicts of interest; and that broad accessibility by the general public to the information contained in the compendium may assist beneficiaries, their treating physicians or both in choosing among treatment options); and*
- *The process by which the compendium grades the evidence used in making recommendations regarding off-label uses, as well as the grades themselves. Further, to facilitate administrative efficiency in the review of requests, CMS (at its discretion) may combine and consider multiple requests that refer to the same compendium, even if those requests are for different actions.*

### Publishing Review Results

*CMS will publish decisions on the CMS website within 90 days after the close of the public comment period.*

### Additional Information

*You can find more information about the official instruction to your Medicare contractor about the new rule for revising the compendia list used to determine medically-accepted indications for off-label uses of drugs and biologicals in an anti-cancer chemotherapeutic regimen by going to CR 5870, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R81BP.pdf> on the CMS website. The amended Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services, Section 50.4.8 (Process for Amending the List of Compendia for Determination of Medically-Accepted Indications for Off-Label Uses of Drugs and Biologicals in an Anti-Cancer Chemotherapeutic Regimen) as an attachment to that CR.*

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

Pub. MLN5870/ Trans R81BP / CR5870 / 02-07-08/ mlv rrc

## Medicamentos

### ARCHIVO TRIMESTRAL DE ABRIL 2008 DE PRECIOS PROMEDIO DE VENTA (ASP) DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE Y REVISIONES A ARCHIVOS DE PRECIOS TRIMESTRALES ANTERIORES

#### Proveedores Afectados

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

#### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5982, del cual se extrae este artículo, instruye a los Contratistas de Medicare a que descarguen e implementen el archivo trimestral de Abril 2008 de Precios Promedio de Venta (ASP) para medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare; y en caso de que sean publicados por CMS, también los archivos revisados de enero 2008, enero 2007, abril 2007, julio 2007, octubre 2007 y octubre 2006.

#### Trasfondo

La Sección 303(c) del *Medicare Modernization Act* de 2003 revisó la metodología de pago para medicamentos y biológicos cubiertos por la parte B de Medicare que no son pagaderos a base del sistema de costo del sistema prospectivo de pago. A partir del 1 de enero de 2005, la gran mayoría de medicamentos y biológicos no pagaderos a base de costo o del sistema prospectivo de pago son pagaderos a base de la metodología ASP y los precios para medicamentos compuestos los ha fijado el contratista local.

## Drugs

### APRIL 2008 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES AND REVISIONS TO PRIOR QUARTERLY PRICING FILES

#### Provider Types Affected

*All physicians, providers and suppliers who submit claims to Medicare contractors (Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), Fiscal Intermediaries (FIs), carriers, Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs) or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)) for services provided to Medicare beneficiaries.*

#### What You Need to Know

*CR 5982, from which this article is taken, instructs Medicare contractors to download and implement the April 2008 Average Sales Price (ASP) drug pricing file for Medicare Part B drugs; and if released by CMS, also the revised January 2008, January 2007, April 2007, July 2007, October 2007, and October 2006 files.*

#### Background

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

Cont. on next page



## Medicamentos

Además, comenzando en el año 2006, todos los medicamentos para tratar enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) (que se suministran tanto en instalaciones ESRD independientes como en las hospitalarias), como también medicamentos ambulatorios cubiertos y los medicamentos y biológicos con estatus “*pass-through*” bajo el Sistema de Pago OPPS, serán pagaderos a base de la metodología ASP.

La metodología ASP se basa en data trimestral que someten los fabricantes de medicamentos a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), el cual luego provee CMS trimestralmente a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, DME MACs, FIs, A/B MACs, y/o RHHIs) a través de los archivos de precio de medicamentos ASP para medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.

Según se anunció a finales del 2006, CMS ha seguido trabajando para asegurar que se realicen pagos precisos y separados para medicamentos “*single source*” y biológicos, según lo requiere la Sección 1847A de la Ley de Seguro Social. Como parte del esfuerzo para asegurar cumplimiento con ese requisito, CMS también ha evaluado cómo los términos “*single source drug*”, “*multiple source drug*” y “*biological product*” se han operacionalizado en el contexto de pago bajo la Sección 1847A.

Para propósitos de identificar aquellos medicamentos “*single source*” y “*productos biológicos*” sujetos a pago bajo la Sección 1847A, CMS (y sus contratistas) utilizará generalmente un proceso de múltiples pasos que considerará:

- La aprobación de la FDA
- Equivalentes terapéuticos, según determinados por la FDA, y
- La fecha inicial de venta en los Estados Unidos.

El límite de pago para las siguientes estará basado en la información de precios para productos mercadeados o vendidos bajo la aprobación aplicable de la FDA:

## Drugs

*Additionally, beginning in 2006, all end-stage renal disease (ESRD) drugs (that both independent and hospital-based ESRD facilities furnish), as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the Outpatient Prospective Payment System (OPPS), are paid based on the ASP methodology.*

*The ASP methodology is based on quarterly data that drug manufacturers submit to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), which CMS then provides (quarterly) to Medicare contractors (carriers, DME MACs, FIs, A/B MACs, and/or RHHIs) through the ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs.*

*As announced in late 2006, CMS has been working further to ensure that accurate and separate payment is made for single source drugs and biologicals as required by Section 1847A of the Social Security Act. As part of the effort to ensure compliance with this requirement, CMS has also reviewed how the terms “single source drug,” “multiple source drug,” and “biological product” have been operationalized in the context of payment under section 1847A.*

*For the purpose of identifying “single source drugs” and “biological products” subject to payment under section 1847A, CMS (and its contractors) will generally utilize a multi-step process that will consider:*

- *The FDA approval,*
- *Therapeutic equivalents as determined by the FDA, and*
- *The date of first sale in the United States.*

*The payment limit for the following will be based on the pricing information for products marketed or sold under the applicable FDA approval:*

Cont. on next page

## Medicamentos

- Un producto biológico (según evidenciado por una nueva Solicitud de Licencia Biológica de la FDA y otras aprobaciones relevantes de la FDA), inicialmente vendido en los Estados Unidos después del 1 de octubre de 2003; o
- Un medicamento “single source” (un medicamento para el cual no hay dos o más productos médicos que se califican como equivalentes terapéuticos en la más reciente edición del *Orange Book* de la FDA), vendido inicialmente en los Estados Unidos después del 1 de octubre de 2003.

Según resulte apropiado, se asignará un código HCPCS único para facilitar el pago separado. El pago por separado puede ser operacionalizado a través de los códigos HCPCS “NOC” (*Not Otherwise Classified*).

### Metodología ASP

A partir del 1 de enero de 2005, los límites de pago para medicamentos y biológicos cubiertos bajo la Parte B de Medicare, que no son pagaderos a base del sistema de costo o del sistema de prospectivo de pago, serán el 106% del Precio Promedio de Ventas (ASP) para los siguientes:

- Medicamentos ESRD (cuando se facturan por separado por instalaciones ESRD independientes u hospitalarias); y
- Medicamentos ambulatorios específicos con cubierta, y medicamentos y biológicos con estatus “*pass through*” bajo el sistema de pago OPSS.

Comenzando el 1 de enero de 2008, bajo el Sistema OPSS, los límites de pago permitidos para medicamentos ambulatorios específicos con cubierta son pagaderos a base del 105% del ASP. Medicamentos y biológicos con estatus “*pass through*” bajo el OPSS continuarán con el límite de pago del 106% del ASP. CMS actualizará los límites de pago trimestralmente.

Las excepciones se resumen a continuación:

- Los límites de pago para sangre y productos sanguíneos (que no sean factores de coagulación), y que no son pagaderos a base de un sistema de pago prospectivo, son el

## Drugs

- *A biological product (as evidenced by a new FDA Biologic License Application or other relevant FDA approval), first sold in the United States after October 1, 2003; or*
- *A single source drug (a drug for which there are not two or more drug products that are rated as therapeutically equivalent in the most recent FDA Orange Book), first sold in the United States after October 1, 2003.*

*As appropriate, a unique HCPCS code will be assigned to facilitate separate payment. Separate payment may be operationalized through use of “not otherwise classified, (NOC)” HCPCS codes.*

### ASP Methodology

*Beginning January 1, 2005, the payment allowance limits for Medicare Part B drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis are 106 percent of the ASP. Further, beginning January 1, 2006, payment allowance limits are paid based on 106 percent of the ASP for the following:*

- *ESRD drugs (when separately billed by freestanding and hospital-based ESRD facilities); and*
- *Specified covered outpatient drugs and drugs and biologicals with pass-through status under the OPSS.*

*Beginning January 1, 2008, under the OPSS, payment allowance limits for specified covered outpatient drugs are paid based on 105 percent of the ASP. Drugs and biologicals with pass-through status under the OPSS continue to have a payment allowance limit of 106 percent of the ASP. CMS will update the payment allowance limits quarterly.*

*Exceptions are summarized as follows:*

- *The payment allowance limits for blood and blood products (other than blood clotting factors) that are not paid on a prospective payment basis are 95 percent of the average*

Cont. on next page

## Medicamentos

95% del AWP reflejado en el compendio publicado. Los límites de pago se actualizan trimestralmente. La sangre y productos sanguíneos suministrados a pacientes ambulatorios de un hospital se pagan a base del sistema de pago prospectivo (OPPS) en las cantidades especificadas para el *Ambulatory Payment Classification* (APC) asignado a ese producto.

- Los límites de pago para medicamentos de infusión suministrados a través de equipo DME cubierto a partir del 1 de enero de 2005, continuarán siendo el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003, a menos que se trate de un medicamento compuesto o un medicamento suministrado incidentalmente a un servicio profesional. No habrá actualización a los límites de pago en el 2008. Los límites de pago para medicamentos de infusión suministrados a través de equipo DME cubierto que no están listados en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003 (ejemplo: medicamentos nuevos) serán el 95% del primer AWP publicado, a menos que se trate de un medicamento compuesto o de un medicamento suministrado incidentalmente a un servicio profesional prestado.
- Los límites de pago para vacunas de influenza, neumococo y Hepatitis B son el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado, excepto cuando la vacuna se administró en el departamento ambulatorio de un hospital. Cuando la vacuna es administrada en el departamento ambulatorio de un hospital, la misma se pagará a base de costo razonable.
- Los límites de pago para medicamentos no incluidos en el Archivo de Precios de Medicamentos ASP de la Parte B de Medicare o Medicamentos No Clasificados (NOC por sus siglas en inglés), aparte de medicamentos y biológicos nuevos producidos o distribuidos bajo un nuevo uso (o aplicación) de un medicamento aprobado por la FDA, estarán basados en el costo de adquisición de mayorista (WAC por sus siglas en inglés) o en el precio de factura, excepto bajo OPPS

## Drugs

*wholesale price (AWP) as reflected in the published compendia. The payment allowance limits are updated on a quarterly basis. Blood and blood products furnished in the hospital outpatient department are paid under OPPS at the amount specified for the Ambulatory Payment Class (APC) to which the product is assigned.*

- *Payment allowance limits for infusion drugs furnished through a covered item of durable medical equipment on or after January 1, 2005, will continue to be 95 percent of the AWP reflected in the published compendia as of October 1, 2003, unless the drug is compounded or the drug is furnished incident to a professional service. The payment allowance limits will not be updated in 2008. The payment allowance limits for infusion drugs furnished through a covered item of durable medical equipment that were not listed in the published compendia as of October 1, 2003, (i.e., new drugs) are 95 percent of the first published AWP unless the drug is compounded or the drug is furnished incident to a professional service.*
- *The payment allowance limits for influenza, Pneumococcal and Hepatitis B 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 administered in the hospital outpatient department, the vaccine is paid at reasonable cost.*
- *The payment allowance limits for drugs and biologicals that are not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or NOC Pricing File, other than new drugs and biologicals that are produced or distributed under a new drug application (or other application) approved by the FDA, are based on the published wholesale acquisition cost (WAC) or*

Cont. on next page

## Medicamentos

donde el límite de pago es el 95 por ciento del AWP publicado. Al determinar el límite de pago basado en el WAC, los contratistas de Medicare siguen la metodología establecida en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 17, Medicamentos y Biológicos) para calcular el AWP, pero sustituyen al WAC por el AWP. El límite de pago es un 100% del precio menor WAC de marca o la mediana de precio WAC del producto genérico. Para 2006, el factor del suministro del factor de coagulación de \$0.146 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP. Para 2007, el suministro del factor de coagulación de sangre de \$0.152 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP. Para 2008, el suministro del factor de coagulación de sangre de \$0.158 por U.I. se añadirá a la cantidad de pago del factor de coagulación de sangre cuando el mismo no está incluido en el archivo de precios ASP.

- Los límites de pago para medicamentos y biológicos nuevos que se manufacturan o se distribuyen bajo una aplicación de medicamento nuevo aprobado por la FDA y que no están incluidos en el Archivo de Precio ASP de Medicamentos de la Parte B de Medicare o el Archivo de Medicamentos NOC, se basan en el 106% del WAC o el precio de factura, si es que el WAC no se ha publicado, excepto bajo el OPPS cuando el límite de pago es el 95% del AWP publicado. Esta política aplica solamente a medicamentos y biológicos nuevos que se vendieron inicialmente a partir del 1 de enero de 2005.
- Los límites de precio fijo para radiofármacos no están sujetos a la metodología de pago ASP. Los contratistas de Medicare determinan los límites de pago para radiofármacos a base de la metodología en vigor a noviembre de 2003, en caso de los radiofármacos suministrados en otro lugar que no sea el departamento ambulatorio del hospital. Los

## Drugs

*invoice pricing, except under OPPS where the payment allowance limit is 95 percent of the published AWP. In determining the payment limit based on WAC, the contractors follow the methodology specified in Pub. 100-04, Chapter 17, Drugs and Biologicals, for calculating the AWP but substitute WAC for AWP. The payment limit is 100 percent of the lesser of the lowest-priced brand or median generic WAC. For 2006, the blood clotting furnishing factor of \$0.146 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file. For 2007, the blood clotting furnishing factor of \$0.152 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file. For 2008, the blood clotting furnishing factor of \$0.158 per I.U. is added to the payment amount for the blood clotting factor when the blood clotting factor is not included on the ASP file.*

- *The payment allowance limits for new drugs and biologicals that are produced or distributed under a new drug application (or other new application) approved by the FDA and that are not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or NOC Pricing File are based on 106 percent of the WAC, or invoice pricing if the WAC is not published, except under OPPS where the payment allowance limit is 95 percent of the published AWP. This policy applies only to new drugs and biologicals that were first sold on or after January 1, 2005.*
- *The payment allowance limits for radiopharmaceuticals are not subject to the ASP payment methodology. Medicare contractors determine payment limits for radiopharmaceuticals based on the methodology in place as of November 2003 in the case of radiopharmaceuticals furnished in other than the hospital outpatient*

Cont. on next page

## Medicamentos

radiofármacos suministrados en el departamento ambulatorio del hospital se pagan a base de cargos reducidos al costo, según la proporción total de costo a cargo del hospital.

A partir del 18 de marzo de 2008, el Archivo ASP de Abril del 2008, estará disponible para descargarse junto con las revisiones a archivos de precios ASP anteriores, si CMS determina que las revisiones a estos archivos previos son necesarias. A partir del 18 de marzo de 2008, el archivo de pago ASP NOC de abril 2008 estará disponible en sitio Web ASP de CMS, junto a las revisiones a los archivos ASP NOC anteriores, si CMS determina que dichas revisiones a archivos anteriores es necesaria. Los límites de pago incluidos en los archivos de pago ASP y NOC sustituyen los límites de pago para esos códigos en cualquier publicación previa a este documento.

Los archivos de pago serán aplicados a reclamaciones procesadas o reprocesadas a partir de la fecha de implementación del CR5982 para aquellas fechas de servicio indicadas en la siguiente tabla:

Payment Allowance Limit Revision Date	Applicable Dates of Service
April 2008 ASP and ASP NOC files	April 1, 2008, through June 30, 2008
January 2008 ASP and ASP NOC files	January 1, 2008, through March 31, 2008
October 2007 ASP and ASP NOC files	October 1, 2007, through December 31, 2007
July 2007 ASP and ASP NOC files	July 1, 2007, through September 30, 2007
April 2007 ASP and ASP NOC files	April 1, 2007, through June 30, 2007
January 2007 ASP and ASP NOC files	January 1, 2007, through March 31, 2007
October 2006 ASP and ASP NOC files	October 1, 2006, through December 31, 2006

**NOTA:** La ausencia o presencia de un código HCPCS y el límite de pago asociado no es indicativo de cubierta por parte de Medicare para un medicamento o biológico. De igual forma, la inclusión de un límite de pago dentro de una columna de pago específica no es indicativo de cubierta por parte de Medicare del medicamento en esa categoría específica. El contratista local de Medicare que procesa las reclamaciones hará estas determinaciones.

## Drugs

*department. Radiopharmaceuticals furnished in the hospital outpatient department are paid charges reduced to cost by the hospital's overall cost to charge ratio.*

*On or after March 18, 2008, the April 2008 ASP file will be available for download along with revisions to prior ASP payment files, if CMS determines that revisions to these prior files are necessary. On or after March 18, 2008, the April 2008 ASP NOC files will be available for retrieval from the CMS ASP webpage along with revisions to prior ASP NOC files, if CMS determines that revisions to these prior files are necessary. The payment limits included in revised ASP and NOC payment files supersede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document.*

*The payment files will be applied to claims processed or reprocessed on or after the implementation date of CR5982 for the dates of service noted in the following table:*

**NOTE:** *The absence or presence of a HCPCS code and its associated payment limit does not indicate Medicare coverage of the drug or biological. Similarly, the inclusion of a payment limit within a specific column does not indicate Medicare coverage of the drug in that specific category. The local Medicare contractor processing the claim makes these determinations.*

Cont. on next page

## Medicamentos

### Medicamentos Suministrados Durante Llenado o Rellenado de Bomba de Implante o Reserva

A los médicos se les puede pagar por llenado o relleno de una bomba implantable o tanque de reserva, cuando es médicamente necesario que ellos (u otro profesional de la salud) provean el servicio. Los Contratistas de Medicare deben determinar que el uso de la bomba implantable o el tanque de reserva es algo médicamente necesario y razonable a fin de permitir el pago por el servicio profesional del llenado o relleno de la bomba implantable o tanque de reserva, y por los medicamentos suministrados incidentalmente a la prestación del servicio profesional.

Si un médico (o algún otro profesional de la salud) está recetando medicamentos para un paciente con una bomba implantable, un(a) enfermero(a) puede rellenar la bomba, si el medicamento que se administra está aceptado como un tratamiento seguro y efectivo para la enfermedad o lesión del paciente; si existe una razón médica para que el medicamento no pueda tomarse por la vía oral; y si las destrezas del(la) enfermero(a) son necesarias para la infusión segura y efectiva del medicamento. El pago de medicamentos suministrados incidental al servicio de llenado o relleno de una bomba implantable o tanque de reserva se determinará haciendo uso de la metodología ASP descrita anteriormente. Note que el cálculo de precio para medicamentos compuestos lo realiza su contratista local de Medicare.

#### Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5982) enviada a su Contratista de Medicare, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1484CP.pdf>.

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

## Drugs

### Drugs Furnished During Filling or Refilling an Implantable Pump or Reservoir

*Physicians may be paid for filling or refilling an implantable pump or reservoir when it is medically necessary for the physician (or other practitioner) to perform the service. Medicare contractors must find the use of the implantable pump or reservoir medically reasonable and necessary in order to allow payment for the professional service to fill or refill the implantable pump or reservoir and to allow payment for drugs furnished incident to the professional service.*

*If a physician (or other practitioner) is prescribing medication for a patient with an implantable pump, a nurse may refill the pump if the medication administered is accepted as a safe and effective treatment of the patient's illness or injury; there is a medical reason that the medication cannot be taken orally; and the skills of the nurse are needed to infuse the medication safely and effectively. Payment for drugs furnished incident to the filling or refilling of an implantable pump or reservoir is determined under the ASP methodology as described above. Note that pricing for compounded drugs is done by your local Medicare contractor.*

#### Additional Information

*To see the official instruction (CR5982) issued to your Medicare contractor visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1484CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5982/ Trans R1484CP / CR5902 / 03-26-08/ mlv rrc

## Medicamentos

### ACLARACIÓN ADICIONAL AL CAPÍTULO 17, SECCIÓN 40, SOBRE EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES DE MEDICAMENTOS CON EL MODIFICADOR JW

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas Administrativos de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B y/o Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés] por concepto de medicamentos y biológicos suministrados a beneficiarios de Medicare.

#### Impacto en los Proveedores

Al procesar todas las reclamaciones de medicamentos, excepto aquellos medicamentos y biológicos de la Parte B suministrados bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP por sus siglas en inglés), los contratistas de Medicare pueden requerir el uso del modificador JW para identificar sobrantes de medicamentos y biológicos de frascos de uso sencillo o paquetes de un solo uso que se descartan apropiadamente. El modificador proveerá pago por el medicamento o biológico descartado.

#### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicaron el CR5923 para notificar a los proveedores sobre la actualización al *Medicare Claims Processing Manual* que aclara el uso del modificador JW cuando se procesan todos los medicamentos, excepto aquellos bajo el CAP.

#### Información Adicional

Para ver la instrucción oficial (CR5923) enviada a su Contratista de Medicare, DME/MAC, FI y/o A/B MAC, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1478CP.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Drugs

### ADDITIONAL CLARIFICATION TO CHAPTER 17, SECTION 40, REGARDING PROCESSING OF DRUG CLAIMS WITH THE JW MODIFIER

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers and suppliers billing Medicare Contractors (Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), fiscal intermediaries (FIs), carriers and/or Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs)) for drugs or biologicals provided to Medicare beneficiaries.*

#### Impact on Providers

*When processing all drugs except those provided under the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B drugs and biologicals, Medicare contractors may require the use of the modifier JW to identify unused drug or biologicals from single use vials or single use packages that are appropriately discarded. This modifier will provide payment for the discarded drug or biological.*

#### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued this CR 5923 to notify providers of the Medicare Claims Processing Manual update that clarifies the use of the JW modifier when processing all drugs except CAP drugs.*

#### Additional Information

*To see the official instruction (CR5923) issued to your Medicare Carrier, DME/MAC, FI and/or A/B MAC, visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1478CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5923/ Trans R1478CP / CR5923 / 03-14-08/ mlv rrc

## Medicamentos

### ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LA LISTA DE MEDICAMENTOS DEL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) DE LA PARTE B

#### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), y a los Contratistas de la Parte B por concepto de medicamentos pagaderos bajo la Parte B, y suplidores aprobados bajo el CAP que facturan a los A/B MACs de Medicare o Contratistas de la Parte B designados.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo se basa en el CR5948, el cual provee aviso de que se llevará a cabo una actualización trimestral a la lista de Medicamentos CAP de la Parte B, vigente el 1 de abril de 2008. El CR5948 notifica a los Contratistas y a los A/B MACs sobre los procesos necesarios para la implementación de la actualización trimestral de la lista de Medicamentos CAP de la Parte B el 1 de abril de 2008.

#### Trasfondo

La Sección 303 (d) del *Medicare Modernization Act* requiere la implementación de un programa de Adquisición Competitiva (CAP por sus siglas en inglés) para medicamentos y biológicos pagaderos bajo la parte B de Medicare, y no a base del sistema de costo o del sistema prospectivo de pago. El CAP es una alternativa a la metodología del precio promedio de venta (ASP, por sus siglas en inglés) (comprar y facturar) para adquirir ciertos medicamentos bajo la Parte B que se administran de forma incidental a los servicios médicos. Comenzando con medicamentos administrados a partir del 1 de julio de 2006, los médicos tienen la opción de comprar y facturar estos medicamentos bajo un sistema ASP, u obtener dichos medicamentos del suplidor seleccionado mediante el proceso de licitación competitiva.

## Drugs

### PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) QUARTERLY DRUG LIST UPDATE

#### Provider Types Affected

*Physicians billing Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and carriers for Medicare Part B drugs, and approved CAP vendors billing the designated Medicare A/B MAC or carrier.*

#### What Providers Need to Know

*This article is based on Change Request (CR) 5948, which provides notice that there will be a Part B CAP Quarterly Drug List Update effective April 1, 2008. CR 5948 notifies carriers and A/B MACs of the processes necessary for implementing the Part B CAP Quarterly Drug List Update effective April 1, 2008.*

#### Background

*Section 303 (d) of the Medicare Modernization Act requires the implementation of a competitive acquisition program (CAP) for Medicare Part B drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment system basis. The CAP is an alternative to the average sales price (ASP) (buy and bill) methodology for acquiring certain Part B drugs which are administered incident to a physician's services. Beginning with drugs administered on or after July 1, 2006, physicians have a choice between buying and billing these drugs under the ASP system, or obtaining these drugs from the vendor selected in the competitive bidding process.*

Cont. on next page



## Medicamentos

### Puntos Clave del CR5948

- La actualización trimestral a la lista de medicamentos CAP entrará en vigor el 1 de abril de 2008.
- Las cantidades de pago por concepto de medicamentos añadidos a la lista de medicamentos CAP como resultado de la actualización serán implementados para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de abril de 2008, según el nuevo archivo.

### Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR548) enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1455CP.pdf>.

Para más información respecto al Programa de Adquisición Competitiva (CAP) para Medicamentos y Biológicos bajo la Parte B, puede acceder el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/>.

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

## Drugs

### Key Points of CR5948

- A quarterly update of the CAP drug list will become effective on April 1, 2008.
- Payment amounts for drugs added to the CAP drug list as a result of the update will be implemented for claims with dates of service beginning April 1, 2008 per the new file.

### Additional Information

To see the official instruction (CR5948) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC, visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1455CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

For more information about the Competitive Acquisition for Part B Drugs & Biologicals, refer to <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/> on the CMS website.

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

MM5948 / February 22, 2008 / Transmittal #: R1455CP /ML-rrc

## CÓDIGOS HCPCS “C” ADICIONALES PARA MEDICAMENTOS PAGADEROS EN CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIS (ASCS)

### Proveedores Afectados

Centros de Cirugía Ambulatoria que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5885, el cual enumera Códigos “C” HCPCS adicionales de medicamentos pagaderos en Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCS por sus siglas en inglés).

## ADDITIONAL PAYABLE HCPCS “C” DRUG CODES IN AMBULATORY SURGICAL CENTERS (ASCS)

### Provider Types Affected

Ambulatory Surgical Centers submitting claims to Medicare contractors (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) 5885 which lists additional payable HCPCS “C” drug codes for Ambulatory Surgical Centers (ASCS).

Cont. on next page

## Medicamentos

### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5885 instruye a los Contratistas de Medicare a modificar sus sistemas para que puedan aceptar cuatro Códigos "C" HCPCS adicionales (C9327, C9240, C9354, y C9355) y asegurar que estos Códigos "C" se procesen y se paguen utilizando las mismas políticas de pago y políticas de procesamiento de reclamaciones emitidas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) en la revisión de 2008 al sistema de pago a ASCs.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para más información sobre estos cambios.

### Trasfondo

Una lista final de Códigos HCPCS pagaderos a los ASCs del 1 de enero de 2008 se publicó recientemente en la Reglamentación Final de los ASCs (CMS-1392-FC) en el *Federal Register* del 27 de noviembre de 2007.

Sin embargo, hay cuatro códigos "C" reconocidos por CMS como pagaderos en el ambiente ASC, que fueron aprobados muy tarde en el proceso para ser incluidos en la publicación de la Reglamentación Final del *Federal Register*. Además, estos códigos "C" no fueron señalados como Códigos Pagaderos a ASCs en la publicación de 2008 de Códigos HCPCS.

El CR5885 instruye que los siguientes códigos HCPCS "C" estarán incluidos en la versión final del Archivo de Medicamentos ASC publicado por CMS, según se discute en el CR5831.

HCPCS "C" Code	Descriptor	Effective Date
C9237	Inj, lanreotide acetate	January 1, 2008
C9240	Injection, ixabepilone	January 1, 2008
C9354	Veritas collagen matrix, cm2	January 1, 2008
C9355	Neuromatrix nerve cuff, cm	January 1, 2008

El CR5885 también instruye a los Contratistas de Medicare que cuando esos Códigos HCPCS "C" son sometidos por ASCs para pago, éstos serán procesados y pagados utilizando las mismas políticas de pago y políticas de procesamiento de reclamaciones emitidas por CMS en la revisión de 2008 al sistema de pago a los ASCs.

## Drugs

### What You Need to Know

*CR 5885 instructs Medicare contractors to modify systems to accept four additional Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) "C" codes (C9327, C9240, C9354, and C9355) and ensure that these HCPCS "C" codes are processed and paid using the same payment and claims processing policies issued by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) for the 2008 revision to the ASC payment system.*

### What You Need to Do

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

### Background

*A final list of Ambulatory Surgical Center (ASC) payable Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes for January 1, 2008 was released in the recently issued ASC final rule (CMS-1392-FC) in the Federal Register (November 27, 2007).*

*However, there were four "C" codes recognized as payable in the ASC setting by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) that were approved too late in the process to be included in the Federal Register's final rule issuance. In addition, these "C" codes were not annotated as ASC payable codes in the 2008 HCPCS file release.*

*CR 5885 instructs that the following HCPCS "C" codes will be included on the final version ASC DRUG file released by CMS, as discussed in CR 5831.*

*CR 5885 also instructs Medicare contractors that when these HCPCS "C" codes are submitted by ASCs for payment, they will be processed and paid using the same payment and claims processing policies issued by CMS for the 2008 revision to the ASC payment system.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Los Contratistas de Medicare harán que estén disponible para los ASCs lo siguiente:

- Una lista de todos los Códigos HCPCS pagaderos en ASCs durante 2008, incluyendo los Códigos HCPCS adicionales, y
- Las tasas de pago ajustadas por salario de dichos Códigos HCPCS, para aquellos ASCs en su jurisdicción.

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5885), emitida a su Contratista de la Parte B y a los MACs A/B de Medicare sobre este cambio, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1415CP.pdf>.

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

## Drugs

Medicare Contractors will make available to ASCs both:

- A list of all HCPCS that are payable in ASCs for 2008, including the additional HCPCS codes, and
- The wage adjusted payment rates of these HCPCS codes, for those ASCs in their jurisdiction.

### Additional Information

The official instruction, CR 5885, issued to your Medicare carrier and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1415CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5885/ Trans R1415CP / CR5885 / 01-18-08/ mlv rrc

## CAMBIOS AL SISTEMA DE NÚMEROS DE ORDEN DE RECETA PARA EL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) DE MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE LA PARTE B

### Proveedores Afectados

Médicos que someten reclamaciones bajo el programa CAP a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas inglés]), por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5855, el cual implementa cambios al sistema de numeración de órdenes de receta bajo el CAP para medicamentos y biológicos de la Parte B.

### Lo Que Usted Necesita Saber

Se implementarán éditos necesarios en el sistema de procesamiento de reclamaciones de la Parte B de Medicare para tratar como “no procesables” a las reclamaciones CAP recibidas

## SYSTEMS CHANGES FOR PRESCRIPTION ORDER NUMBERS FOR THE COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) FOR PART B DRUGS AND BIOLOGICALS

### Provider Types Affected

Physicians submitting CAP claims to Medicare contractors (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) 5855, which implements system changes for prescription order numbers for the Competitive Acquisition Program (CAP) for Part B drugs and biologicals.

### What You Need to Know

Necessary edits will be implemented to the Medicare Part B claims processing system to treat CAP claims received with inappropriate spaces in prescription order numbers as well as claims with

Cont. on next page

## Medicamentos

con espacios inapropiados en la numeración de órdenes de recetas, así como reclamaciones con número de orden de receta con menos de 10 caracteres. Un nuevo édito al sistema de Medicare también tratará los números de receta duplicados como “no procesables”. Estos éditos son necesarios para que las reclamaciones CAP se procesen y se paguen correctamente. Los médicos que someten reclamaciones bajo el CAP no pueden someter nuevas reclamaciones con números de receta que ya han sido sometidos en reclamaciones previamente adjudicadas, aún si la reclamación anterior ha sido denegada.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para más detalles sobre estos éditos.

### Trasfondo

CMS ha tenido conocimiento de que algunos proveedores están sometiendo reclamaciones CAP con número de receta que contiene espacios inapropiados insertados, interrumpiendo el proceso de pareo de suplidores con sus reclamaciones.

El CR5855 implementa éditos al sistema de procesamiento de reclamaciones de la Parte B de Medicare que tratarán las reclamaciones procesadas a partir del 7 de julio de 2008 como “no procesables” cuando se sometan con espacios inapropiados en el número de receta. Aquellas reclamaciones que también se sometan con número de receta de menos de 10 caracteres, se tratarán como “no procesables”.

Observe que el CR5855 provee más instrucciones a los médicos/proveedores bajo el CAP de que no deben someter reclamaciones con número de receta que haya sido sometido en reclamaciones adjudicadas previamente, aún si la reclamación anterior fue denegada. Estos médicos/proveedores deben solicitar un ajuste en la reclamación original. Las reclamaciones devueltas previamente como “no procesables” se pueden volver a someter con el número de receta original, después de haber sido corregido.

## Drugs

*prescription order numbers with less than 10 characters as unprocessable. A new Medicare system edit will also treat duplicate prescription order numbers as unprocessable. These edits are necessary for CAP claims to process and pay correctly. Physicians submitting claims under the CAP may not submit new claims with prescription order numbers that have been submitted on previously adjudicated claims, even if the prior claims have been denied.*

### What You Need to Do

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

### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has learned that some providers are submitting Competitive Acquisition Program (CAP) claims with prescription order numbers that have inappropriate spaces inserted thus disrupting the matching process with the vendor claims.*

*CR 5855 implements Medicare Part B claims processing systems edits that will treat claims processed on or after July 7, 2008, as unprocessable when submitted with inappropriate spaces in the prescription order number. Claims also submitted with prescription order numbers less than 10 characters will be treated as unprocessable.*

*Note that CR 5855 further instructs that CAP physicians/providers should not submit new claims with prescription order numbers that have been submitted on previously adjudicated claims, even if the prior claims have been denied. These physicians/providers must request an adjustment to the original claim. Claims previously returned as unprocessable may be resubmitted with the original prescription number after being corrected.*

Cont. on next page

## Medicamentos

Los contratistas de Medicare tratarán la reclamación completa como “no procesable” cuando la misma se recibe junto a reclamaciones de servicios CAP, pero el número de receta es un duplicado de un número ya utilizado en una reclamación anterior. Esto también aplica si el número de receta contiene espacios inapropiados o si consta de menos de 10 caracteres. También aplica a reclamaciones sometidas con el modificador J1, pero que no tienen el número de receta. Cuando la reclamación se devuelve como “no procesable” porque no tiene el número de receta, o porque contiene menos de 10 caracteres, o porque contiene espacios inapropiados, los Contratistas también devolverán la reclamación con el Código de Razón de Ajuste de Reclamación (CARC) 16 (La reclamación/servicio carece de información necesaria para la adjudicación) y con el Código de Comentario de Aviso de Remesa (RARC) MA130 (Su reclamación contiene información incompleta y/o inválida, y no se le otorgan derechos de apelación debido a que la reclamación es “no procesable”). Por favor, someta una nueva reclamación con la información completa/correcta, y el RARC N388 (Número de receta inválido/incompleto/falta). Cuando las reclamaciones se devuelven como “no procesables” debido a un número de receta duplicado, los Contratistas indicarán en la remesa de pago (RA, por sus siglas en inglés) para tales reclamaciones, un CARC 18 (reclamación/servicio duplicado), y el RARC MA130 (Su reclamación contiene información incompleta y/o inválida, y no se le otorgan derechos de apelación debido a que la reclamación es “no procesable”). Por favor, someta una nueva reclamación con la información completa/correcta, el RARC N389 (Sometió Número de Receta Duplicado), RARC M16 (Favor de referirse a nuestro sitio Web, comunicaciones de correo o boletines para más detalles sobre esta política/procedimiento/decisión), y el RARC N185 – (Alerta: No debe resometer esta reclamación/servicio).

## Drugs

*Medicare contractors will treat the entire claim as unprocessable when a claim is received with CAP services, but the prescription number is a duplicate of a number on a prior claim. This also applies if the prescription order number has inappropriate spaces or is less than 10 characters. This also applies to claims submitted with the J1 modifier, but lacking a prescription order number. When claims are returned as unprocessable because the prescription number is missing, is less than 10 characters or has inappropriate spaces, contractors will also return Claim Adjustment Reason Code (CARC) 16 (Claim/service lacks information which is needed for adjudication.) and Remittance Advice Remark Code (RARC) MA130 (Your claim contains incomplete and/or invalid information, and no appeals rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.) and RARC N388 (Missing/incomplete/invalid prescription number). When claims are returned as unprocessable due to duplicate prescription numbers, contractors will indicate on the returned Remittance Advice for such claims, a CARC 18 (Duplicate claim/service) and RARC MA130 (Your claim contains incomplete and/or invalid information, and no appeals rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.), RARC N389 (Duplicate prescription number submitted), RARC M16 (Please see our website, mailings, or bulletins for more details covering this policy/procedure/decision), and RARC N185 – (Alert: Do not resubmit this claim/service).*

Cont. on next page

## Medicamentos

### Información Adicional

La instrucción oficial (CR5855) enviada a su Contratista y A/B MAC de Medicare sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1453CP.pdf>.

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

## Drugs

### Additional Information

*The official instruction, CR 5855, issued to your Medicare carrier and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1453CP.pdf> on the CMS website.*

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

MM5855/February 22, 2008/Trans. #R1453CP/ml-rrc

## ACTUALIZACIONES TRIMESTRALES AL PROGRAMA DE ACQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) DE MEDICAMENTOS Y ACTUALIZACIONES ANUALES A PRECIOS DE MEDICAMENTOS BAJO EL CAP

### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) y a los Contratistas de la Parte B por concepto de medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare, y suplidores CAP aprobados que facturan al Contratista de la Parte B o A/B MAC de Medicare designado.

### Lo Que Los Proveedores Necesitan Saber

Este artículo se basa en el CR5839, el cual provee información adicional e instrucciones para la implementación del CAP correspondiente a categorías de medicamentos CAP y Tarifas Fijas, según se detalla en el CR5079 (Trans. 1055, del 11 de septiembre de 2006, <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1055CP.pdf>) y el CR4064 (Trans. 777, del 9 de diciembre de 2006, <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R777CP.pdf>) en el sitio Web de CMS.

## QUARTERLY COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) DRUG AND ANNUAL CAP DRUG PRICE UPDATES

### Provider Types Affected

*Physicians billing Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) and carriers for Medicare Part B drugs, and approved CAP vendors billing the designated Medicare A/B MAC or carrier.*

### What Providers Need to Know

*This article is based on Change Request (CR) 5839, which provides additional information and instructions for the implementation of the CAP pertaining to CAP drug categories and fee schedule as outlined in CR5079 (Transmittal 1055, dated September 11, 2006, <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1055CP.pdf>) and CR4064 (Transmittal 777, dated December 9, 2006, <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R777CP.pdf>) on the CMS website.*

Cont. on next page

## Medicamentos

### Trasfondo

El *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (MMA) del 2003, (MMA, Sección 303 (d); <http://www.cms.hhs.gov/MMAUpdate>), requiere la implementación de un CAP para medicamentos y biológicos cubiertos bajo la Parte B de Medicare no pagaderos a base del sistema de costo o del sistema prospectivo de pago. Comenzando con medicamentos administrados a partir del 1 de julio de 2006, los médicos tienen la opción de comprar y facturar dichos medicamentos bajo un sistema ASP (*Average Sales Price*), u obtener esos medicamentos de suplidores seleccionados mediante un proceso de licitación competitiva.

El CR4064 describe los requisitos para que los Contratistas desarrollen archivos de proveedores que enumeran a los médicos registrados con un suplidor CAP aprobado y la categoría (o categorías) de medicamentos que el suplidor CAP suministrará bajo el CAP, según se detalla en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf>.

El CR5079 automatizó el proceso de actualización de la lista de medicamentos pagaderos bajo el CAP. El CR5079 provee información e instrucciones adicionales para la implementación del CAP respecto a las categorías de medicamentos CAP y las tarifas fijas, según se detalla en siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf>.

### Puntos Clave del CR5839

La lista de medicamentos suministrados bajo el CAP está sujeta a actualizaciones trimestrales de medicamentos, y a actualizaciones anuales de precios. CMS le facilita el archivo de medicamentos CAP al Contratista designado una vez cada trimestre, a menos que no haya actualizaciones a la lista de medicamentos CAP, en cuyo caso los archivos del trimestre anterior continuarán en uso. Los Contratistas Locales de la Parte B y A/B MACs reciben la lista de medicamentos CAP por código HCPCS de parte de su Contratista CAP designado.

## Drugs

### Background

*The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) of 2003, (MMA, Section 303 (d); <http://www.cms.hhs.gov/MMAUpdate> ) requires the implementation of a CAP for Medicare Part B drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment system basis. Beginning with drugs administered on or after July 1, 2006, physicians have a choice between buying and billing these drugs under the average sales price (ASP) system, or obtaining these drugs from vendors selected in a competitive bidding process.*

*CR4064 describes requirements for carriers to develop provider files that list physicians who have enrolled with an approved CAP vendor and the category (or categories) of drugs that the CAP vendor will furnish under the CAP as outlined in: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf> on the CMS website.*

*CR5079 automated the process of updating the list of drugs paid under the CAP. CR5079 provides additional information and instructions for the implementation of the CAP pertaining to the CAP drug categories and fee schedule as outlined in <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5079.pdf> on the CMS website.*

### Key Points of CR5839

*The list of drugs supplied under the CAP is subject to quarterly drug updates and an annual price update. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) makes a CAP drug file available to the designated carrier once each quarter unless there are no updates to the CAP drug list, in which case the previous quarter's file continues to be used. Local carriers and A/B MACs receive the list of CAP drugs by HCPCS code from the CAP designated carrier.*

Cont. on next page

## Medicamentos

- El contratista CAP designado descargará el archivo de precios de medicamentos CAP de enero 2008 a través del CDC a partir del 18 de diciembre de 2007. El contratista CAP designado podrá entonces actualizar la lista de medicamentos y hacerla disponible para otros contratistas que procesan reclamaciones relacionadas.
- Los Contratistas de Medicare recibirán actualizaciones HCPCS CAP del contratista designado en o alrededor del 21 de diciembre de 2007.
- Los contratistas utilizarán la lista actualizada de medicamentos CAP para establecer la identidad de medicamentos CAP pagaderos bajo la Parte B de Medicare.

### Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5839) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC de Medicare, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1390CP.pdf>.

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

## Drugs

- *The CAP designated carrier shall download the January 2008 CAP drug pricing file through the CDC on or after December 18, 2007. The CAP designated carrier will then make the updated CAP drug list available to other contractors who process related claims.*
- *Medicare Contractors will receive CAP HCPCS updates from the designated carrier on or about December 21, 2007.*
- *Contractors will use the updated CAP drug list to establish the identity of drugs paid under the Medicare Part B Drug CAP.*

### Additional Information

*To see the official instruction (CR5839) issued to your Medicare A/B MAC or carrier, go to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1390CP.pdf> on the CMS website.*

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

Pub. MLN5839/ Trans R1390CP / CR5839 / 12-13-07/ mlv rrc



## Reclamaciones

### ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DE CATEGORÍA DE ESTATUS DE LA RECLAMACIÓN Y A LOS CÓDIGOS DE ESTATUS DE LA RECLAMACIÓN

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten Transacciones de Estatus de Reclamaciones de Servicios de Salud a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, 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], y Contratistas 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 CR5947, el cual indica que hubo actualizaciones a los códigos de Estatus de Reclamaciones y a los Códigos de Categoría de Estatus de Reclamaciones.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Todos los cambios en códigos aprobados durante la reunión de octubre de 2007 del Comité de Mantenimiento de Códigos están publicados en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>. Los mismos tendrán vigencia el 1 de abril de 2008.

#### Lo Que Usted Necesita Hacer

Refiérase a la sección **Trasfondo** de este artículo para más detalles.

#### Trasfondo

La Ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) requiere que todos los pagadores de beneficios de servicios de salud, incluyendo a Medicare, usen solamente Códigos de Categoría de Estatus de Reclamaciones y Códigos de Estatus de Reclamaciones que estén aprobados por el Comité Nacional de Mantenimiento de Códigos.

Estos códigos se utilizan en el formato X12 276/277 (*Health Care Claim Status Request and Response*) para explicar el estatus de reclamaciones sometidas.

## Claims

### CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers who submit Health Care Claim Status Transactions 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) 5947 which indicates there have been updates to the Claim Status Category Codes and Claim Status Codes.*

#### What You Need to Know

*All code changes approved during the October 2007 meeting of the national Code Maintenance Committee have been posted at <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/> and will become effective April 1, 2008.*

#### What You Need to Do

*See the Background section of this article for further details.*

#### Background

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) requires all health care benefit payers, including Medicare, to use only Claim Status Category Codes and Claim Status Codes approved by the national Code Maintenance Committee.*

*These codes are used in the X12 276/277 Health Care Claim Status Request and Response format to explain the status of submitted claim(s).*

Cont. on next page

## Reclamaciones

Las decisiones respecto a la adición, modificación y remoción de códigos de Estatus de Categoría de Reclamación y códigos de Estatus de Reclamación existentes, realizados en la reunión de octubre de 2007 del Comité Nacional de Mantenimiento de Códigos, se publicaron el 5 de noviembre de 2007 en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>. Estas actualizaciones entran en vigor el 1 de abril de 2008 y se utilizarán al editar todas las transacciones X12 276 que procesen los Contratistas de Medicare a partir del 7 de abril de 2008.

### Información Adicional

Para ver la instrucción oficial (CR5947) enviada a su Contratista de Medicare, FI, DME MAC o A/B MAC, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1468CP.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Claims

*The decisions about additions, modifications, and retirement of existing Claim Status Category and Claim Status codes made at the October 2007 meeting of the national Code Maintenance Committee were posted at <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/> on November 5, 2007. These updates are effective April 1, 2008 and are to be used in editing of all X12 276 transactions processed by Medicare contractors on or after April 7, 2008.*

### Additional Information

*To see the official instruction (CR5947) issued to your Medicare FI, carrier, DME MAC, or A/B MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1468CP.pdf> on the CMS website. If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. MLN5947/ Trans R1468CP / CR5947 / 02-29-08/ mlv rrc

## ACLARACIÓN RELACIONADA AL PROCESO DE TRANSFERENCIA POR RECLAMACIÓN A MEDIGAP SEGÚN EL ACUERDO DE COBA

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 5837 que aclara las instrucciones relacionadas al proceso de transferencia a Medigap por reclamación. Este CR provee confirmación formal de una decisión reciente de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de no requerirle a los contratistas de Medicare Parte B (incluyendo DME MAC) a actualizar su tabla o archivo interno de aseguradoras con la identificación por reclamación asignado recientemente por el COBA a cada Medigap, tal como fue prescrito en el CR5662. Además, el CR5837 comunica requisitos aclaratorios de facturación en relación a la transferencia de reclamaciones de Medigap.

Para detalles completos, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5837.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

CR5837/Trans. R1420CP and R135FM/MM5837 ab rrc

## CLARIFICATION REGARDING THE COORDINATION OF BENEFITS AGREEMENT MEDIGAP CLAIM-BASED CROSSOVER PROCESS

*This article is based on Change Request (CR) 5837 which clarifies instructions regarding the Coordination of Benefits Agreement (COBA) Medigap claim-based crossover process. CR5837 provides formal confirmation of a recent Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) decision to not require Medicare Part B contractors (including Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs) to update their internal insurer tables or files with each Medigap insurer's newly assigned Coordination of Benefits Agreement (COBA) Medigap claim-based ID, as was previously prescribed in CR 5662. In addition, CR 5837 conveys clarifying provider billing requirements in relation to Medigap claim-based crossovers.*

*For complete details, please go to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5837.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

## Contrato

### PROVEEDORES REINSTALADOS O 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 excluidos del Programa Medicare:

## Enrollment

### REINSTATED AND 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 and excluded providers to the Medicare Program:*

Cont. on next page

# Contrato

# Enrollment

Providers Reinstated to the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Baéz López, Roberto	32 Victor Salaberry Guánica, PR 00653	February 26, 2008
Canabal Enríquez, José M.	Centro Comercial Bariñas Carr 335 km 1.5 #8 Yauco, PR 00698	April 21, 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

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
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

Cont. on next page

# Contrato

# Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
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
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

# National Provider Identifier (NPI)

## CONSOLIDACIÓN DE LOS NÚMEROS DE ACCESO DE TRANSACCIÓN DEL PROVEEDOR (PTAN) DE MEDICARE PARA ASEGURAR EL PAREO DE IGUAL A IGUAL CON EL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI)

### Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas inglés], y Contratistas de la Parte B), por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) emitieron la petición de cambio (CR) 5906 porque creen que los proveedores y suplidores pueden desear consolidar sus números de acceso para transacción del proveedor (PTAN, por sus siglas en inglés) para asegurar el pareo de igual a igual entre el PTAN y el NPI. Los proveedores podrán consolidar aquellos PTANs que hayan sido asignados a localidades adicionales solamente si dichas localidades adicionales tienen asignado el mismo número de identificación para impuestos (TIN, por sus siglas en inglés) y se encuentran dentro de la misma localidad de precio.

### Trasfondo

Los cambios en el proceso de registro de proveedores y suplidores de Medicare han resultado, a través de los años, en diferencias en la asignación del número PTAN de Medicare. Esas diferencias, combinadas con los requisitos de Medicare para capturar el NPI como parte del proceso de registro, afectan el tipo de información que se recopila y mantiene en el sistema PECOS (*Provider Enrollment, Chain Ownership System*), y que luego se transfiere al Sistema de Reclamaciones de Medicare (MCS por sus siglas en inglés) y el pareo de Medicare para el NPI.

## COLLAPSING MEDICARE PROVIDER TRANSACTION ACCESS NUMBERS (PTANS) TO ENSURE A ONE-TO-ONE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) MATCH

### Provider Types Affected

*Providers and suppliers billing Medicare contractors (Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and carriers) for services provided to Medicare beneficiaries.*

### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued Change Request (CR) 5906 because it believes that providers and suppliers may want to collapse their assigned Medicare PTANs to insure a one-to-one NPI match. Providers may collapse PTANs that are assigned to additional locations only if the additional locations are all assigned the same tax identification number (TIN) and are within the same pricing locality.*

### Background

*Changes in the Medicare provider and supplier enrollment process over the years have resulted in differences in the assignment of Medicare PTAN. Those differences, combined with Medicare's requirement to capture the NPI as part of the enrollment process, affect the type of information that is collected and maintained in Provider Enrollment, Chain Ownership System (PECOS), and then transferred to Medicare Claims System (MCS) and Medicare's NPI crosswalk.*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

Actualmente, algunos Contratistas de la Parte B de Medicare emiten PTANs separados para médicos, profesionales de la salud (NPPs por sus siglas en inglés) y otros suplidores con múltiples localidades de práctica profesional. Para asegurar que los Contratistas de la Parte B están asignando los PTAN de una forma más uniforme, y para ayudar en la implementación del NPI, los Contratistas de la Parte B y los A/B MACs asignarán el número necesario mínimo de PTANs para asegurar que los pagos se lleven a cabo adecuadamente.

## Puntos Clave

- Los proveedores y suplidores pueden solicitar a su Contratista de la Parte B o A/B MAC que consoliden sus PTANs mediante una solicitud por carta, en papel timbrado, dirigida al Contratista de Medicare. La carta debe contener la siguiente información:
  - El TIN del proveedor/entidad y/o el número de Seguro Social del/los individuo/s;
  - La fecha de vigencia para la consolidación de los números PTAN; y
  - La firma del oficial autorizado que hace la solicitud.
- Además, las Organizaciones deben completar las siguientes secciones del formulario CMS 855B:
  - Sección 1.A - Usted está haciendo cambios en su información;
  - Sección 1.B - Información sobre Localización de la Práctica;
  - Sección 2.B.3 - Dirección Postal;
  - Sección 3. - Información sobre Convicciones/ Acciones Legales Adversas;
  - Sección 4 - debe ser reemplazada con una hoja de trabajo que contenga todos los números PTAN para el grupo y sus individuos, con el NPI asociado, todas las direcciones de localidades de práctica para el grupo y cualquier dirección de pago especial, e identificar en la hoja de trabajo cuáles de los números PTAN de grupo/individuo van a permanecer activos y cuáles van a ser cancelados;

*Presently, some Medicare carriers issue separate PTANs to physicians, non-physician practitioners, and other suppliers with multiple practice locations. To ensure that carriers are assigning PTANs in a more consistent manner and to aid in the implementation of the NPI, carriers and A/B MACs will assign the minimum number of PTANs necessary to ensure that proper payments are made.*

## Key Points

- *Providers and suppliers can request their carrier or A/B MAC collapse their PTANs by submitting a letter on their letterhead to the Medicare contractor. The letter must contain:*
  - *The TIN of the provider/entity and/or the Social Security Number of the individual(s);*
  - *The effective date for the collapsed PTANs; and*
  - *A signature of the authorized official making the request.*
- *In addition, Organizations must complete the following sections of the CMS 855B application:*
  - *Section 1.A. – You are changing your information;*
  - *Section 1.B. – Practice Location Information;*
  - *Section 2.B.3. – Correspondence Address;*
  - *Section 3. – Adverse Legal Actions/ Convictions;*
  - *Section 4 – should be replaced with a spreadsheet containing all the PTANs for the group and its individuals with associated NPIs, all practice location addresses for the group and any special payment address, and identify on the spreadsheet of which group/individual PTANS are to remain active and which are to be end dated;*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

- Sección 13 – Persona de Contacto; y
- Sección 15 – Declaración de Certificación
- Propietarios Únicos, además de la carta, deben someter las siguientes secciones del formulario de solicitud CMS 855I:
  - Sección 1.A - Usted está haciendo cambios en su información;
  - Sección 1.B - Información sobre Localización de la Práctica
  - Sección 2.A - Información de Identificación;
  - Sección 2.B - Dirección Postal;
  - Sección 3. - Información sobre Convicciones/Acciones Legales Adversas;
  - Sección 4 - debe ser reemplazada con una hoja de trabajo que contenga todos los números PTAN para Propietarios Único los NPIs asociados, todas las direcciones de localidades de práctica y cualquier dirección de pago especial, e identificar en la hoja de trabajo cuáles de los números PTAN van a permanecer activos y cuáles van a ser cancelados;
  - Sección 13 - Información de Contacto; y
- Si se determina que el proveedor o suplidor no se encuentra en el sistema PECOS, el Contratista de Medicare le solicitará que complete y someta el formulario de solicitud 855B o 855I.
- El sistema PECOS, por medio de la Internet, el cual deberá implementarse más tarde durante el año, no apoyará la consolidación de números PTAN de Medicare hechos por el proveedor o suplidor. Por tanto, si el proveedor o suplidor solicita la consolidación de sus números PTAN, el proceso se llevará a cabo mediante solicitud en papel, utilizando el formulario CMS 855.

## Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5906) enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare, puede acceder el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R244PI.pdf>.

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

- Section 13. - Contact person; and
- Section 15 - Certification Statement.
- *Sole Proprietors, in addition to the letter, must submit the following sections of the CMS 855I application:*
  - Section 1.A.-You are changing your information;
  - Section 1.B.-Practice Location Information;
  - Section 2.A. - Identifying information;
  - Section 2.B. - Correspondence Address;
  - Section 3. - Adverse Legal Actions/Convictions;
  - Section 4 - should be replaced with a spreadsheet containing all the PTANs for the sole proprietor with associated NPIs, all practice location addresses and any special payment address, and identify on the spreadsheet of which PTANS are to remain active and which are to be end dated;
  - Section 13. - Contact information; and
  - Section 15 - Certification Statement.
- *If it is determined, the provider or supplier is not in PECOS, the Medicare contractor will request a complete 855B or 855I application to be submitted.*
- *Internet-based PECOS which is to be implemented later this year will not support collapsing of assigned Medicare PTANs by a provider or supplier. Therefore, if a provider or supplier requests to collapse their Medicare PTANs, this process will have to be done by the CMS 855 paper application process.*

## Additional Information

To see the official instruction (CR5906) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R244PI.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5906/ Trans R244PI / CR5906 / 02-29-08/ mlv rrc



# National Provider Identifier (NPI)

## PROHIBICIÓN DEL USO DEL NÚMERO DE IDENTIFICACION LEGADO PARA FFS MEDICARE EN EL FORMULARIO CMS-1500 LUEGO DE LA FECHA DE REQUISICIÓN DEL NPI

### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones en el formulario CMS-1500 y CMS-1450 (UB-04) a los Contratistas de Medicare de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Servicios de Saud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME MACs 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 suministrados a beneficiarios de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente el 23 de mayo de 2008, si usted somete reclamaciones en el formulario de Medicare CMS-1500 o CMS-1450 (UB-04) con su número legado de Proveedor, sus contratistas las devolverán como “no procesables”.

### Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5858, del cual se extrae este artículo, anuncia que los identificadores de proveedor legados (“*Provider Legacy Identifiers*”) no deben reportarse en reclamaciones sometidas en el formulario CMS-1500 o CMS-1450 que se reciban a partir del 23 de mayo de 2008 (fecha en que será requisito usar el NPI en sus reclamaciones). A partir de esa fecha, las reclamaciones que contengan identificadores legados (“*legacy identifiers*”) serán devueltas como “no procesables”.

### Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento de que a partir del 23 de mayo de 2008, solamente se debe reportar el NPI en los formularios de reclamación CMS-1500 y CMS-1450.

## MEDICARE FEE FOR SERVICE LEGACY PROVIDER IDS PROHIBITED ON FORM CMS-1500 CLAIMS AFTER NPI REQUIRED DATE

### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers submitting CMS-1500 and CMS-1450 (UB-04) claims to Medicare carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services provided to Medicare beneficiaries.*

### Provider Action Needed

*Effective May 23, 2008, if you report a Provider Legacy Identifier on Medicare CMS-1500 or CMS-1450 (UB-04) claims, your contractors will return them as unprocessable.*

### What You Need to Know

*CR 5858, from which this article is taken, announces that Provider Legacy Identifiers are not to be reported on Medicare CMS-1500 or Form CMS-1450 claims received on or after May 23, 2008 (the date at which the NPI is required to be reported on claims). After that date, claims containing Legacy Identifiers will be returned as unprocessable.*

### What You Need to Do

*Make sure that your billing staffs are aware that effective May 23, 2008, only NPIs are to be reported on Medicare CMS-1500 and CMS-1450 claims.*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

## Trasfondo

La Ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996 requirió la emisión de un número único de identificación de proveedores (NPI por sus siglas en inglés) para cada médico, suplidor y otros proveedores de servicios de salud que llevan a cabo transacciones electrónicas estándar bajo la Ley HIPAA. En cumplimiento con dicha acta, CMS comenzó a utilizar el NPI el 23 de mayo de 2005.

Más aún, el 2 de abril de 2007, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés) suministró guías sobre planificación de contingencia a las entidades cubiertas para la implementación del NPI. En estas guías, siempre que el plan de salud estuviera en cumplimiento, queriendo decir que podían aceptar y enviar NPIs en transacciones electrónicas, éste podría establecer planes de contingencia para facilitar el cumplimiento por parte de sus socios de intercambio.

Como un plan de salud en cumplimiento, el 20 de abril 2007, el sistema de Tarifa Fija de Medicare (FFS por sus siglas en inglés) estableció un plan de contingencia que siguió estas guías. Desde entonces, CMS ha estado aceptando que sometían transacciones adoptadas bajo la Ley HIPAA con una variedad de identificadores, incluyendo:

- Solamente el NPI;
- Solamente Número Legado de Medicare (PIN, UPIN o Número de “*National Supplier Clearinghouse*”); y
- Una combinación del NPI y el número legado.

El CR5858, del cual se extrae este artículo, anuncia que a partir del 23 de mayo de 2008, CMS requiere el NPI en reclamaciones en papel sometidas en los formularios CMS-1500 y CMS-1450; NO se permitirá el uso de números legados en reclamaciones recibidas a partir de esa fecha. Vigente en esa fecha, los formularios CMS-1500 y CMS-1450 que contengan números legados serán devueltos como “no procesables”, sin derechos de apelación.

## Background

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 required issuance of a unique national provider identifier (NPI) to each physician, supplier, and other health care provider who conducts HIPAA standard electronic transactions. In accordance with this act, CMS began issuing NPIs on May 23, 2005.*

*Further, on April 2, 2007, the Department of Health and Human Services (DHHS) provided covered entities guidance regarding contingency planning for NPI implementation. In this guidance, as long as a health plan was compliant, meaning they could accept and send NPIs on electronic transactions, they could establish contingency plans to facilitate the compliance of their trading partners.*

*As a compliant health plan, on April 20, 2007 Medicare fee for service (FFS) established a contingency plan that followed this guidance. Since then, CMS has been allowing transactions adopted under HIPAA to be submitted with a variety of identifiers, including:*

- *NPI only;*
- *Medicare legacy only (PINs, UPINs, or National Supplier Clearinghouse number); and;*
- *NPI and legacy combination.*

*CR 5858, from which this article is taken, announces that beginning on May 23, 2008, CMS requires the NPI to be submitted on the Form CMS-1500 and CMS-1450 paper claims; and legacy numbers will NOT be permitted on claims received on or after that date. Effective that date, Form CMS-1500 and CMS-1450 claims containing legacy identifiers will be returned as unprocessable, without appeal rights.*

Cont. on next page

# National Provider Identifier (NPI)

Al devolver esas reclamaciones, sus contratistas utilizarán un mensaje apropiado y un código de Comentario de Aviso de Remesa, tal como: **N257 Identificador Primario de Proveedor Falta/ Incompleto/Inválido.**

Note que los contratistas no devolverán reclamaciones en ciertas situaciones cuando el NPI no se requiere (ejemplo, reclamaciones extranjeras, reclamaciones de proveedores fallecidos, y otras situaciones que permita CMS en el futuro). Tales reclamaciones serán procesadas de acuerdo con los procedimientos establecidos.

## Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre la prohibición del uso del ID “*fee for service legacy provider*” de Medicare en reclamaciones sometidas en el formulario CMS-1500 y CMS-1450 luego de la fecha de requisición del NPI en el CR5858, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1432CP.pdf>. Usted encontrará la actualización al *Medicare Claims Processing Manual* (100-04), Capítulo 26 (*Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set*), Sección 10.4 (Items 14-33 – *Provider of Service or Supplier Information*) como un anejo a ese CR.

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

*When returning these claims, your contractors will use an appropriate message and Remittance Advice Remark code, such as: **N257 Missing/incomplete/invalid billing provider primary identifier.***

*Note that contractors will not return claims in certain situations where an NPI is not required (e.g., foreign claims, deceased provider claims, and other situations as allowed by CMS in the future). Such claims will be processed with established procedures for such claims.*

## Additional Information

*You can find more information about the prohibition of Medicare fee for service legacy provider IDs on Form CMS-1500 and CMS-1450 claims after the NPI required date by going to CR 5858, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1432CP.pdf> on the CMS website. You will find updated Medicare Claims Processing Manual (100-04), Chapter 26 (*Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set*), Section 10.4 (Items 14-33 - *Provider of Service or Supplier Information*) as an attachment to that CR.*

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

Pub. MLN5858/ Trans R1432CP / CR5858 / 02-01-08/ mlv rrc

**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**PRSRT STD**

**U.S. POSTAGE PAID**

**SAN JUAN, P.R.**

**PERMIT NO. 2563**

**RETURN SERVICE REQUESTED**