

¡Qué Bueno Que Preguntó!

CMS SELECCIONA A FIRST COAST SERVICE OPTIONS, INC. PARA ADMINISTRAR LOS PAGOS DE RECLAMACIONES DE MEDICARE EN FLORIDA, PUERTO RICO Y LAS ISLAS VÍRGENES DE EE.UU.

First Coast Service Options (FCSO), el principal administrador de Medicare para el estado de Florida, ganó el contrato de Medicare para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. (Jurisdicción 9). El contrato actual que tiene Triple S con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por las siglas en inglés) concluirá para dar paso al nuevo Contrato Administrativo para la Parte A y Parte B de Medicare (A/B MAC).

Cont. en página 6

We Are Glad You Asked!

CMS SELECTS FIRST COAST SERVICE OPTIONS, INC. TO ADMINISTER MEDICARE CLAIMS PAYMENT IN FLORIDA, PUERTO RICO AND U.S. VIRGIN ISLANDS

First Coast Service Options (FCSO), the primary Medicare administrator for Florida, won the Medicare contract for Florida, Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands (Jurisdiction 9). The current contract that Triple S has with CMS will be sunset in order to initiate the new Part A/Part B Medicare Administrative Contractor (A/B MAC).

Cont. on page 6



Emission Date: Sept. 28, 2008

Volume 95 / July, August, and Sept., 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!

CMS selecciona a First Coast Service. portada y página 6
Transferencia del indicador CLM08 6

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer 7
Contratación privada de Medicare 8

Recursos de Información y Educación

Uso del número de registro de 8 dígitos 12
Validación de proveedores de parte de los Centros 15
Excepción al límite de 60 días sobre acuerdos 17
Aclaración del CR5550 - Requisitos de firma 19
Revisión del capítulo 14 del Integrity Manual 21
Asignación de proveedores a los MACS 21
Cambio en el requisito de la cantidad en controversia 22
Visitas de cuidado crítico y cuidado intensivo 23

HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA .. 24

Política Médica

Cualificaciones del personal de terapia y política ... 27
Servicios prolongados (códigos 99354-99359) 33
Recordatorio - Medicare provee cubierta de detección de diabetes 42
Productos derivados de sangre para el tratamiento de lesiones crónicas 47
Denegaciones inapropiadas de reclamaciones de Angioplastia 49
Uso de los parámetros de práctica de la sociedad profesional - inmunoterapia con alérgenos 51

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

TABLA DE CONTENIDO - Cont.

Políticas de Pago

Archivo de pago trimestral de julio 2008 de ASP 54
Nuevos códigos HCPCS para la actualización de abril 2008 60
Actualización trimestral de julio de 2008 del manual de tarifas para equipo médico duradero 64
Extensión a las fechas de servicio elegibles para el pago de bono PSAS 67
Actualización trimestral de julio 2008 de los códigos HCPCS utilizados en facturación consolidada 69
Servicios en instalaciones de enfermería 71
Nuevo capítulo en el *Claims Processing Manual* para instalaciones de *IDTFs* 73

Ambulancia

Notificación de nueva actualización trimestral al archivo PUF 75
Tarifas para servicios de ambulancia - archivo de factor de conversión 76

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Actualización al sistema de pago a ASC de abril 2008 77

Laboratorio

Cambios a la aplicación de éditos del NCD de laboratorio 81
Fecha de servicio (DOS) para laboratorios clínicos ... 85
Tarifa fija de laboratorio clínico - nuevas pruebas con dispensa 88
Tarifa fija de laboratorio clínico - tarifas aprobadas por viaje 91
Tarifa fija de laboratorio clínico - implementación de la sección 113 93

Medicamentos

Actualizaciones al precio promedio de venta (ASP) ... 95
Modificaciones necesarias al sistema de procesamiento para aceptar y transferir a Medicaid códigos 100

Contrato

Anuncio de la publicación de la revisión al formulario CMS-855 103
Proveedores Reinstalados/Sancionados 106
Instrucciones para proveedores institucionales y suplidores que facturan mamografías 109

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!

CMS Selects First Coast Service	Cover and page 6
Crossover of Assignment of Benefits - CLM08	6

Opt-Out Providers from the Medicare Program

Medicare Program Opt-Out Providers	7
Private Contracting / Opting Out of Medicare	8

Information and Education Resources

Use of an 8-digit Registry Number on Clinical Trial	12
Provider Authentication by Medicare Provider Contact ...	15
Exception to 60-day Limit on Substitute Physician Billing	17
CR5550 Clarification - Signature Requirements	19
Revision to the Chapter 14 of the Integrity Manual	21
Assignment of Providers to MACS	21
Change in the Amount in Controversy Requirement ..	22
Critical Care Visits and Neonatal Intensive Care	23

HIPAA

Vendors/Providers that has tested X12N Format	24
--	----

Medical Policy

Therapy Personnel Qualifications and Policies	27
Prolonged Services	33
Reminder - Medicare Provides Coverage of Diabetes Screening	42
Blood-Derived Products for Chronic, Non-healing Wounds	47
Inappropriate Denials of Claims for Percutaneous Transluminal	49
Use of Professional Society Practice Parameters in Allergen Immunotherapy	51

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

July 2008 ASP Medicare Part B Drug Pricing	54
New HCPCS Codes for the April 2008 Update	60
July Quarterly Update for 2008 Durable Medical Equipment	64
Extension of the Dates of Service Eligible for the PSA Bonus	67
July Quarterly Update to 2008 Annual Update of HCPCS Codes for SNF	69
Nursing Facility Services	71
New Chapter in Medicare Claims Processing Manual for IDTFs	73

Ambulance

Notification on New Quarterly Updates to the Ambulance Fee Schedule	75
Ambulance Fee Schedule - Conversion Factor File ...	76

Ambulatory Surgical Center (ASC)

April 2008 Update to the ASC Payment System	77
---	----

Laboratory

Changes to the Laboratory NCD Edit Software	81
Date of Service (DOS) for Clinical Laboratory	85
Clinical Laboratory Fee Schedule - New Waived Tests	88
Clinical Laboratory Fee Schedule - Medicare Travel Allowance	91
Clinical Laboratory Fee Schedule - Implementation of Section 113	93

Drugs

Average Sales Price (ASP) Update	95
Medicare Shared Systems Modifications Necessary to Accept and Crossover	100

Enrollment

Announcing the Release of the Revised CMS-855 Medicare Enrollment	103
Reinstated/Sanctioned Providers	106
Instructions for Institutional Providers and Suppliers Billing Self-Referred Mammography	109

MOA-2008

¡Qué Bueno Que Preguntó!

DE LA PORTADA...

CMS anunció la otorgación del contrato el pasado 12 de septiembre. El contrato incluye el manejo de los pagos por las reclamaciones que corresponden a la Parte A y Parte B en la Jurisdicción 9 y puede extenderse hasta cinco años. Triple-S, compañía que ha administrado la Parte B del Programa Medicare por las pasadas cuatro décadas para Puerto Rico y por más de tres para las Islas Vírgenes, será parte del equipo que le proveerá apoyo a FCSO.

Próximamente comenzará el proceso de transición del contrato de Triple-S a lo que es el nuevo contrato que será administrado por el equipo de FCSO y Triple-S. Proveeremos más detalles a medida que el proceso se desarrolle. Para ver el comunicado de prensa en su totalidad puede ir al siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp

We Are Glad You Asked!

FROM THE COVER PAGE...

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced the granting of the new contract September 12. The contract involves the administration of the Medicare Program claims payment for Part A and Part B in Jurisdiction 9 and is for up to five years. Triple-S, which has administered the Medicare Part B program in Puerto Rico for over four decades and for the U.S. Virgin Islands for over three, will be part of the team and provide support for FCSO.

Shortly, the transition process from Triple-S to the FCSO-Triple-S team will begin. We will provide you with more details as the process unfolds. The entire press release may be viewed at: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp

TRANSFERENCIA DEL INDICADOR DE LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (CLM08) DESDE LA ENTRADA DE UNA RECLAMACIÓN EN PAPEL

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 5780 que inicia cambios al sistema para establecer correctamente el indicador en la CLM08 a base de la presencia o falta de una firma en el encasillado 13 del formulario CMS 1500. Además, este CR revisa las instrucciones para completar el formulario CMS 1500 informándole al proveedor cómo la presencia o falta de firma en el encasillado 13 afecta la asignación de beneficios del beneficiario. Específicamente, el Capítulo 26, Sección 10.3 - Artículos 11 al 13 del Medicare Claims Processing Manual se revisó al respecto.

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/MM5780.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

CROSSOVER OF ASSIGNMENT OF BENEFITS INDICATOR (CLM08) FROM PAPER CLAIM INPUT

This article is based on Change Request (CR) 5780 which initiates system changes to appropriately set the correct indicator in CLM08 based on the presence of or lack of a signature in box/item 13 of the CMS-1500 form. In addition, it revises the CMS-1500 form completion instructions in order to inform providers regarding how the presence or lack of a signature in box 13 will affect the patient assignment of benefits. Specifically, Chapter 26, Section 10.3 - Items 11a-13 - Patient and Insured Information of the Medicare Claims Processing Manual were revised in this respect.

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/MM5780.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5780/R1369CP/MM5780 ab rr

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	
Puerto Rico			
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
U.S. Virgin Islands			
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

Proveedores fuera del Programa Medicare

CONTRATACIÓN PRIVADA / “OPTING OUT” DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Médicos y profesionales de la salud que eligieron desafiarse (“opted out”) del programa de Medicare y continúan facturando 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 suministrados a beneficiarios de Medicare.

Impacto en los Proveedores

Este artículo se basa en el CR6081 y notifica a los proveedores sobre la actualización hecha por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) al *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, Secciones 40.5, 40.6, 40.9, 40.11, 40.13, 40.20, 40.26, y 40.35.

- Las secciones añadidas aclaran que las consecuencias, por parte del médico o profesional de la salud, de fallar en mantenerse desafiado (“opt-out”) aplican, sin importar que el Contratista de la Parte B /MAC notifique o no (o cuando lo haga) al médico o profesional de la salud de la falta de cumplimiento para mantener su estatus de “opt-out”.
- También se añadió un párrafo para aclarar que, en situaciones donde el Contratista de la Parte B/MAC no descubre una violación durante el periodo de 2 años de “opt-out” cuando la violación ocurrió, entonces aplican los requisitos desde la fecha en que ocurrió la primera violación de mantener “opt-out” hasta la fecha en que termine el periodo durante el cual ocurrió tal violación (a menos que el médico/profesional de la salud haga esfuerzos de buena fe para restablecer su condición de “opt-out”, tal como el reembolso de cantidades pagadas en exceso de los límites de cargo a beneficiarios con quienes éste no firmó un contrato privado.

Puntos Clave del CR6081

Si el médico o profesional de la salud no mantiene el estatus “opt-out”, esto podría dar como resultado lo siguiente (a menos que el médico o profesional de la salud haga esfuerzos de buena fe, dentro de los 45 días de cualquier aviso del Contratista de la

Opt-Out Providers From the Medicare Program

PRIVATE CONTRACTING/OPTING OUT OF MEDICARE

Provider Types Affected

Physicians and practitioners who opted out of Medicare and continue to bill Medicare Carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services to Medicare beneficiaries.

Impact on Providers

This article is based on CR6081 and notifies providers of the update by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15, sections 40.5, 40.6, 40.9, 40.11, 40.13, 40.20, 40.26, and 40.35.

- *The added sections clarify that the consequences for the failure on the part of a physician or practitioner to maintain opt-out apply regardless of whether or when a carrier/MAC notifies a physician or practitioner of the failure to maintain opt-out.*
- *A new paragraph was also added to clarify that in situations where a violation is not discovered by the carrier/MAC during the 2 year opt-out period when the violation actually occurred, then the requirements are applicable from the date that the first violation for failure to maintain opt-out occurred until the end of the opt-out period during which the violation occurred (unless the physician or practitioner takes good faith efforts to restore opt-out conditions, for example, by refunding the amounts in excess of the charge limits to beneficiaries with whom he or she did not sign a private contract).*

Key Points of CR6081

Failure on the part of a physician or practitioner to maintain opt-out will result in the following (unless the physician or practitioner takes good faith efforts, within 45 days of any notice from the carrier/MAC that the physician or practitioner failed

Cont. on next page

Proveedores fuera del Programa Medicare

Parte B/MAC de que el médico o profesional de la salud no mantuvo su estatus “opt-out”, o dentro de 45 días de que el médico o profesional de la salud descubra que no mantuvo su estatus “opt-out”, lo que sea más reciente, para corregir tales violaciones).

A. Si la Falta de Mantener Estatus “Opt-Out” Ocurre durante el periodo “opt-out”:

- El médico/profesional de la salud ha sometido una declaración jurada, de acuerdo con lo establecido en la Sección 40.9, y ha firmado contratos privados de acuerdo con lo establecido en la Sección 40.8, pero el médico/profesional de la salud, a sabiendas e intencionalmente, somete una reclamación a Medicare para pago (excepto según lo que establece la Sección 40.28) o si el médico/profesional de la salud recibe pago directa o indirectamente de Medicare por servicios con cubierta suministrados a beneficiarios de Medicare (excepto según lo que provee la Sección 40.28); Si desea información específica sobre el Capítulo 15, Secciones 8 y 28, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/downloads/bp102c15.pdf>. Las secciones del Capítulo 15 que han sido revisadas por el CR6081 se incluyen como anejo al mismo.
- El médico/profesional de la salud no cumple con el requisito de hacer contratos privados con beneficiarios de Medicare con el propósito de suministrar artículos y servicios que de otra manera, tendrían cubierta de Medicare, o entra en contratos privados que no cumplen con las especificaciones de la Sección 40.8; o
- El médico/profesional de la salud no cumple con las estipulaciones de la Sección 40.28 respecto a la facturación de servicios de cuidado de emergencia o servicios de cuidado urgente; o
- El médico/profesional de la salud no cumple con el requisito de retener una copia de cada contrato privado que firma durante el periodo “opt out” para el cual el contrato era aplicable, o no permite que CMS los inspeccione, a petición de CMS.

Opt-Out Providers From the Medicare Program

to maintain opt-out, or within 45 days of the physician’s or practitioner’s discovery of the failure to maintain opt-out, whichever is earlier, to correct his or her violations)

A. *Failure to Maintain Opt-Out Occurs if during the opt-out period:*

- *The physician/practitioner has filed an affidavit in accordance with §40.9 and has signed private contracts in accordance with §40.8 but, the physician/practitioner knowingly and willfully submits a claim for Medicare payment (except as provided in §40.28) or the physician/practitioner receives Medicare payment directly or indirectly for Medicare-covered services furnished to a Medicare beneficiary (except as provided in §40.28); (For specific information about Chapter 15, sections 8 and 28, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/downloads/bp102c15.pdf> on the CMS website. The sections of Chapter 15 that are revised by CR6081 are attached to CR6081.)*
- *The physician/practitioner fails to enter into private contracts with Medicare beneficiaries for the purpose of furnishing items and services that would otherwise be covered by Medicare, or enters into private contracts that fail to meet the specifications of §40.8; or*
- *The physician/practitioner fails to comply with the provisions of §40.28 regarding billing for emergency care services or urgent care services; or*
- *The physician/practitioner fails to retain a copy of each private contract that the physician/practitioner has entered into for the duration of the opt-out period for which the contracts are applicable or fails to permit CMS to inspect them upon request.*

Cont. on next page

Proveedores fuera del Programa Medicare

B. Violación descubierta por el Contratista de la Parte B durante le periodo “opt out” de 2 años:

-- Si el médico/profesional de la salud no cumple con el requisito de mantener su estatus “opt out”, de acuerdo con las estipulaciones mencionadas en la Sección A de este artículo, y no cumple con la solicitud del Contratista de la Parte B (dentro de los 45 días de aviso del Contratista de la Parte B) de demostrar que el médico/profesional de la salud ha realizado esfuerzos de buena fe para mantener su estatus “opt out” (incluyendo el reembolso de cantidades pagadas en exceso de los límites de cargo a los beneficiarios con quienes el médico/profesional de la salud no firmó un contrato privado), lo siguiente dará como resultado que, vigente 46 días a partir de la fecha del aviso, pero solamente por el tiempo restante del periodo “opt out”:

1. Todos los contratos privados entre el médico/profesional de la salud y beneficiarios de Medicare sean considerados nulos o inválidos.
2. El estatus “opt out” del médico/profesional de la salud quede cancelado.
3. El médico o profesional de la salud tenga que someter reclamaciones a Medicare para artículos y servicios cubiertos por Medicare suministrados a beneficiarios de Medicare.
4. El médico/profesional de la salud o beneficiario no reciba pago de Medicare en reclamaciones de Medicare para el tiempo restante del periodo “opt out”, excepto como se indica arriba.
5. El médico/profesional de la salud esté sujeto a las estipulaciones de límite de cargos, según lo establece la Sección 40.10.
6. El profesional de la salud no pueda reasignar cualquier reclamación, excepto como se establece en el *Medicare Claims Processing*

Opt-Out Providers From the Medicare Program

B. Violation discovered by the Carrier during the 2-year opt out period:

-- If a physician/practitioner fails to maintain opt out in accordance with the provisions outlined in section A. of this article, and fails to demonstrate within 45 days of a notice from the carrier that the physician/practitioner has taken good faith efforts to maintain opt-out (including by refunding amounts in excess of the charge limits to the beneficiaries with whom the physician/practitioner did not sign a private contract), the following will result effective 46 days after the date of the notice, but only for the remainder of the opt-out period:

1. All of the private contracts between the physician/practitioner and Medicare beneficiaries are deemed null and void.
2. The physician's or practitioner's opt-out of Medicare is nullified.
3. The physician or practitioner must submit claims to Medicare for all Medicare covered items and services furnished to Medicare beneficiaries.
4. The physician or practitioner or beneficiary will not receive Medicare payment on Medicare claims for the remainder of the opt-out period, except as stated above.
5. The physician or practitioner is subject to the limiting charge provisions as stated in §40.10.
6. The practitioner may not reassign any claim except as provided in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 1,

Cont. on next page

Proveedores fuera del Programa Medicare

Manual, Capítulo 1, General Billing Requirements, Sección 30.2.13. (Para más información sobre Requisitos Generales de Facturación, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf>.

7. El profesional de la salud no podrá facturar ni solicitar cualquier cantidad al beneficiario, excepto en casos aplicables de cantidades de deducible y coaseguro.
8. El médico/profesional de la salud no podrá hacer intentos de, volver a cumplir con los criterios para mantener el estatus "opt out" apropiadamente, hasta que expire el periodo "opt out" de 2 años.

C. Violación no descubierta por el Contratista de la Parte B durante el periodo "opt out" de 2 años

- En situaciones donde una violación a la Sección A no la descubra el Contratista de la Parte B durante el periodo "opt out" de 2 años cuando la violación ocurrió, los requisitos de la Sección B(1) hasta la B(8) de este artículo aplican desde la fecha en que ocurrió la primera violación a la Sección A, hasta el fin del periodo "opt out", durante el cual ocurrió la violación.

TOME NOTA: Para que un médico/profesional de la salud que nunca se ha registrado en el Programa de Medicare y desea entrar en el proceso "opt out", éste debe proveerle el NPI al Contratista de la Parte B o A/B MAC. Para información sobre el NPI, refiérase a la Hoja de Recursos del NPI, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/NationalProviderStand/Downloads/NPI_Resource_Sheet.pdf.

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR6081) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R92BP.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Opt-Out Providers From the Medicare Program

"General Billing Requirements," §30.2.13. (For more information about the General Billing Requirements refer to <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf> on the CMS website).

7. *The practitioner may neither bill nor collect any amount from the beneficiary except for applicable deductible and coinsurance amounts.*
8. *The physician or practitioner may not attempt to once more meet the criteria for properly opting out until the 2-year opt-out period expires.*

C. *Violation not discovered by the Carrier during the 2-year opt out period.*

- *In situations where a violation of section A is not discovered by the carrier during the 2-year opt-out period when the violation actually occurred, the requirements of section B (1) through B (8) of this article are applicable from the date that the first violation of section A occurred until the end of the opt-out period during which the violation occurred.*

TAKE NOTE: *For a physician/practitioner who has never enrolled in the Medicare program and wishes to opt out of Medicare, the physician/practitioner must provide the carrier or A/B MAC with a National Provider Identifier (NPI). For information on the NPI, see the NPI Resource sheet visit http://www.cms.hhs.gov/NationalProviderStand/Downloads/NPI_Resource_Sheet.pdf on the CMS website.*

Additional Information

To see the official instruction (CR6081) issued to your carrier or A/B MAC visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R92BP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6081/ Trans R92BP/ CR6081 / 06-27-08/ mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

USO DEL NÚMERO DE REGISTRO DE 8 DÍGITOS EN RECLAMACIONES DE ENSAYOS CLÍNICOS

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], Contratistas Administrativos de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés] y Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés], por servicios prestados a beneficiarios de Medicare en estudios clínicos de investigación.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5790, el cual notifica a los proveedores y suplidores que los formularios de reclamación de Medicare serán modificados para acomodar el número de 8 dígitos de ensayos clínicos para reclamaciones que se reciban en Medicare a partir del 1 de abril de 2008. Reportar este número es voluntario y las reclamaciones que se sometan sin el número de ensayo clínico serán pagadas igual que se pagan las reclamaciones que lo tengan. Sin embargo, aún cuando es voluntario, este número ayuda a CMS a notificar a los beneficiarios sobre la disponibilidad de ensayos clínicos y esa información se utiliza para informar decisiones de cubierta. Asegúrese que el personal a cargo de facturación de su oficina tenga conocimiento de esta reglamentación.

Trasfondo

El propósito del CR5790 es notificar a los proveedores y suplidores sobre la nueva opción de reportar voluntariamente el número de ensayo clínico para artículos y servicios suministrados en ensayos clínicos cualificadas para cubierta, según se especifica en el *Medicare Coverage Determination Manual*, Pub. 100-03, Sección 310.1. Esa publicación se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp>.

Information and Education Resources for Providers

USE OF AN 8-DIGIT REGISTRY NUMBER ON CLINICAL TRIAL CLAIMS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MACs)) for services provided to Medicare beneficiaries in clinical research studies.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5790 that notifies providers and suppliers that Medicare claims forms will be modified to accommodate the 8-digit clinical trial number for claims that Medicare receives on or after April 1, 2008. Reporting this number is voluntary and claims submitted without the clinical trial number will be paid the same as claims containing a number. While reporting is voluntary, the number will assist the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) in informing beneficiaries about the availability of clinical trials and to use claims information to inform coverage decisions. Be sure your billing staff is aware of this rule.

Background

The purpose of CR5790 is to instruct providers and suppliers on new, voluntary reporting for placing a clinical trial number on claims for items and services provided in clinical trials that are qualified for coverage as specified in the Medicare National Coverage Determination Manual, Publication 100-03, section 310.1. That publication is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp> on the CMS website. The clinical trial number that the CMS is requesting to be voluntarily reported is the

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

El número de ensayo clínico que CMS solicita que se someta voluntariamente es el número asignado por el *National Library of Medicine (NLM) Clinical Trials Data Bank* cuando un estudio está registrado por un investigador auspiciador. Puede encontrar información sobre ensayos clínicos del NLM en el siguiente enlace: <http://clinicaltrials.gov/>.

CMS hará uso de este número para identificar los artículos y servicios suministrados a beneficiarios durante su participación en un ensayo clínico. Más aún, este identificador le permite a CMS cumplir con las recomendaciones del Instituto de Medicina para 2000, informe que dio paso al Memorando Ejecutivo para aumentar la participación de beneficiarios de Medicare en ensayos clínicos y el desarrollo e implementación de la política de CMS sobre ensayos clínicos.

Las recomendaciones del Memorando Ejecutivo de la Casablanca incluyen:

- Rastrear pagos de Medicare;
- Asegurar que la información obtenida de las investigaciones se utiliza para informar decisiones de cubierta.
- Asegurar que las investigaciones se enfocan en asuntos de importancia para la población de Medicare; y
- Permitir que CMS informe mejor a los beneficiarios de Medicare sobre los estudios clínicos disponibles para su participación.

Puntos Clave

- Reclamaciones sometidas sin número de ensayo clínico serán pagadas de igual forma que se pagan las reclamaciones que lo contienen.
- Reclamaciones de ensayos clínicos institucionales serán identificadas mediante la presencia de todos los siguientes elementos:
 - Código de Valor D4 y el correspondiente número de ensayo clínico de 8 dígitos (cuando está presente en la reclamación);

Information and Education Resources for Providers

number assigned by the National Library of Medicine (NLM) Clinical Trials Data Bank when a new study is registered by a sponsor or investigator. Information regarding NLM clinical trials is available at <http://clinicaltrials.gov/> on the Internet.

CMS will use this number to identify all items and services provided to beneficiaries during their participation in a clinical trial. Furthermore, this identifier will permit CMS to meet the recommendations of the 2000 Institute of Medicine report that led to the Executive Memorandum to increase participation of Medicare beneficiaries in clinical trials and the development and implementation of the CMS clinical trials policy.

Recommendations from The White House Executive Memorandum included:

- *Tracking Medicare payments;*
- *Ensuring that the information gained from the research is used to inform coverage decisions;*
- *Making certain that the research focuses on issues of importance to the Medicare population; and,*
- *Enabling CMS to better inform Medicare beneficiaries about the clinical studies available for their participation.*

Key Points

- *Claims submitted without the clinical trial number will be paid the same as claims containing a number.*
- *Institutional clinical trial claims are identified through the presence of all of the following elements:*
 - *Value Code D4 and corresponding 8-digit clinical trial number (when present on the claim);*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Código de Diagnóstico ICD-9 V70.7;
- Código de Condición 30; y
- Modificador de Código HCPCS Q1: solamente reclamaciones ambulatorias (Vea el MM5805 relacionado al CR5805 para más detalles sobre el modificador Q1).
- Reclamaciones de Profesionales de la Salud/ DME's se identifican mediante la presencia de todos los siguientes elementos:
 - Código ICD-9 de Diagnóstico V70.7;
 - Modificador de Código HCPCS Q1; y
 - Número de Ensayo Clínico de 8 dígitos (cuando está presente en la reclamación).
- En reclamaciones institucionales, el número de ensayo clínico de 8 dígitos colocarse en el campo de cantidad de valor del Código D4, en la reclamación de papel UB-40 (Localizador de Forma 39-41) o el enlace 2300, HI – Segmento de información de valor, cualificador BE en el 873I.
- En reclamaciones profesionales, el número de registro de ensayo clínico debe estar precedido por dos caracteres alfa-numéricos "CT" y colocado en el campo 19 de la reclamación en papel CMS-1500 o debe entrarse SIN EL PREFIJO "CT" en el formato electrónico 837P en el enlace 2300 REF02 (REF01=P4).

Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial (CR5790) enviada a su Contratista, A/B MAC, FI, DME/MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R310OTN.pdf>. También puede hacer referencia al artículo MM5805, relacionado con el Modificador Q1, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5805.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

- ICD-9 diagnosis code V70.7;
- Condition Code 30; and
- HCPCS modifier Q1: outpatient claims only. (See MM5805 related to CR5805 for more information regarding modifier Q1.)
- Practitioner/DME clinical trial claims are identified through the presence of all of the following elements:
 - ICD-9 diagnosis code V70.7;
 - HCPCS modifier Q1; and
 - 8-digit clinical trial number (when present on the claim).
- On institutional claims, the 8-digit numeric clinical trial number should be placed in the value amount of value code D4 on the paper claim UB-40 (Form Locators 39-41) or in Loop 2300, HI – Value Information segment, qualifier BE on the 837I.
- On professional claims, the clinical trial registry number should be preceded by the two alpha characters of "CT" and placed in Field 19 of the paper Form CMS-1500 or it should be entered WITHOUT the "CT" prefix in the electronic 837P in Loop 2300 REF02(REF01=P4).

Additional Information

You may see the official instruction (CR5790) issued to your Medicare A/B MAC, FI, DME/MAC, or carrier by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R310OTN.pdf> on the CMS website. You may see the article related to the Q1 modifier, MM5805, at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5805.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5790/ Trans R310OTN/ CR5790 / 01-18-08/ mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

VALIDACIÓN DE PROVEEDORES DE PARTE DE LOS CENTROS DE CONTACTO DE PROVEEDORES DE MEDICARE

Proveedores Afectados

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

Lo Que Usted Necesita Saber

El SE0814 cubre el tema de la implementación del NPI (*National Provider Identifier*) y el PTAN (*Provider Transaction Access Number*), vigente el 23 de mayo de 2008, como elemento de validación a utilizarse cuando los proveedores hacen indagaciones telefónicas o por escrito a los Centros de Contacto de Proveedores de los Contratistas de Servicio FFS de Medicare.

Nota: Para los proveedores suscritos con Medicare antes del 23 de mayo de 2008, su PTAN será inicialmente el número legado de proveedor. A partir del 23 de mayo de 2008, como parte del proceso de suscripción con Medicare, se les asignará un PTAN a los nuevos proveedores que se suscriban a Medicare.

Trasfondo

A fin de proteger la privacidad de los beneficiarios de Medicare y para cumplir con los requisitos de la Ley de Privacidad de 1974 y la Ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), el personal de servicio al cliente de los Centros de Contacto de Proveedores (PCC por sus siglas en inglés) deben validar debidamente la identidad del proveedor y/o del personal que llama o escribe para solicitar información de salud protegida del beneficiario, antes de divulgar dicha información al solicitante.

Information and Education Resources for Providers

PROVIDER AUTHENTICATION BY MEDICARE PROVIDER CONTACT CENTERS

Provider Types Affected

Physicians, other providers, and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI), regional home health intermediaries (RHHI), Medicare Administrative Contractors (A/B MAC), or Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors, (DME MAC)) for services provided to Medicare Beneficiaries.

What You Need to Know

SE0814 covers the implementation of the National Provider Identifier (NPI) and the Provider Transaction Access Number (PTAN), effective May 23, 2008, as the provider authentication elements used when providers make telephone or written inquiries to the Medicare fee-for-service contractor provider contact centers.

Note: *For providers enrolled in Medicare before May 23, 2008, their PTAN initially will be their legacy provider number. New providers enrolling in Medicare on or after May 23, 2008, will be assigned a PTAN as part of the Medicare enrollment process.*

Background

In order to protect the privacy of Medicare beneficiaries and to comply with the requirements of the Privacy Act of 1974 and the Health Insurance Portability and Accountability Act, customer service staff at Medicare provider contact centers (PCC) must properly authenticate the identity of providers/staff that call or write to request beneficiary protected health information before disclosing it to the requestor.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Refiérase al *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual*, Publicación 100-9, Capítulo 3, Sección 30, y Capítulo 6, Sección 80, para una discusión completa de esta actualización de validación del PCC. Usted puede encontrar estas secciones del manual en los siguientes enlaces en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/com109c03.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/com109c06.pdf>.

Validación del Proveedor

Los elementos para la validación del proveedor que llama por teléfono (ya sea que llame al Representante de Servicio al Cliente [CSR] o al Sistema de Respuesta de Voz Interactiva [IVR], y en indagaciones escritas, se presenta en la tabla que sigue:

Elementos de Validación del Proveedor en Indagaciones Telefónicas y Por Escrito *Provider Authentication Elements for Telephone & Written Inquiries*

EFFECTIVE DATES	INQUIRY TYPE	PROVIDER ELEMENTS TO BE AUTHENTICATED (all elements must match unless otherwise specified)
On or after May 23, 2008	IVR	Provider NPI and PTAN
On or after May 23, 2008	CSR	Provider NPI and PTAN
On or after May 23, 2008	Written, including fax and email	Provider name, and either provider NPI or PTAN

Indagaciones Escritas – Excepción a los requisitos de validación mencionados arriba

CMS permite una excepción para indagaciones escritas o enviadas por fax sometidas en el papel timbrado oficial del proveedor, así como indagaciones mediante correo electrónico, que incluyan un anejo en el papel timbrado oficial del proveedor. Si se puede establecer la identidad del proveedor mediante el nombre del proveedor y la dirección en el papel timbrado, no es necesario el NPI ni el PTAN para la validación.

Información Adicional

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

Information and Education Resources for Providers

Please refer to the *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual* (Publication 100-9), chapter 3, section 30 and chapter 6, section 80 for a complete discussion of this PCC authentication update. You can find these manual sections at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/com109c03.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/com109c06.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

Provider Authentication

The elements for provider authentication of telephone (either Customer Service Representative (CSR) or Interactive Voice Response (IVR)) and written inquiries are presented in the table below.

Written Inquiries – Exception to above authentication requirements

CMS allows an exception for written or faxed inquiries submitted on a provider's official letterhead, and e-mail inquiries (with an attachment on letterhead). If the provider's name and address are included in the letterhead and clearly establish the provider's identity, no NPI or PTAN is required for authentication.

Additional Information

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

Pub. SE814 / mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

EXCEPCIÓN AL LÍMITE DE 60 DÍAS SOBRE ACUERDOS DE FACTURACIÓN A MÉDICOS SUPLENTE PARA MÉDICOS ACTIVADOS POR LA RESERVA DE LAS FUERZAS ARMADAS

Proveedores Afectados

Médicos que son miembros de un componente de la Reserva de las Fuerzas Armadas que facturan a Contratistas de la Parte B de Medicare o a Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Médicos que son activados para servir en las Fuerzas Armadas y que desean facturar por servicios de médico suplente durante su ausencia.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5985, del cual se deriva este artículo, anuncia una extensión de 6 meses a la excepción del límite de 60 días en la facturación de médicos suplentes para médicos activados para servir en las Fuerzas Armadas. Esto significa que el médico que es activado puede continuar facturando como médico suplente por servicios suministrados entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2008, lo cual pudiese sobrepasar el límite de 60 días.

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina esté informado sobre este cambio.

Trasfondo

La Sección 1842(b)(6)(D)(iii) de la Ley de Seguro Social (el Acta) y el Capítulo 1 del *Medicare Claims Processing Manual (General Billing Requirements)*, Sección 30.2.10 (*Payment Under Reciprocal Billing Arrangements - Claims Submitted to Carriers*) y Sección 30.2.11 (*Physician Payment Under Locum Tenens Arrangements - Claims Submitted to Carriers*) establecen que cuando un médico no está disponible para proveer

Information and Education Resources for Providers

EXCEPTION TO 60-DAY LIMIT ON SUBSTITUTE PHYSICIAN BILLING ARRANGEMENTS FOR PHYSICIANS CALLED TO ACTIVE DUTY IN THE ARMED FORCES RESERVES

Provider Types Affected

Physician members of a reserve component of the Armed Forces who bill Medicare Carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for services provided to Medicare beneficiaries.

Physicians called to active duty in the Armed Forces who wish to bill for substitute physician services during the physician's absence.

What You Need to Know

CR 5985, from which this article is taken, announces a 6-month extension of the exception to the 60-day limit on substitute physician billing for physicians called to active duty in the Armed Forces. This means that a physician who is called to active duty may continue to bill for substitute physician services furnished from January 1, 2008 through June 30 2008, which may be beyond the 60-day limit.

Make sure that your billing staffs are aware of this change.

Background

Section 1842(b)(6)(D)(iii) of the Social Security Act (the Act) and Medicare Claims Processing Manual Chapter 1 (General Billing Requirements), Sections 30.2.10 (Payment Under Reciprocal Billing Arrangements - Claims Submitted to Carriers) and 30.2.11 (Physician Payment Under Locum Tenens Arrangements - Claims Submitted to Carriers) state that when a physician is unavailable to

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

servicios, los servicios de un médico suplente (ya sea en un acuerdo de reciprocidad o basado en “*locum tenens*”) no deben suministrarse por un período mayor de 60 días continuos.

El 3 de agosto de 2007, la Ley Pública 110-54 enmendó la Ley de Seguro Social para proveer una excepción a este límite de 60 días para médicos que son activados para servir en las Fuerzas Armadas.

Mediante la eliminación de la fecha “1 de enero de 2008” y la sustitución por la fecha “1 de julio de 2008”, la Sección 116 del *Medicare, Medicaid, and State Children’s Health Insurance Program (SCHIP) Extension Act* de 2007 (firmado el 29 de diciembre de 2007) extendió esta excepción por 6 meses adicionales.

El CR5985, del cual surge este artículo, actualiza estas secciones del *Medicare Claims Processing Manual* para reflejar este cambio en la ley.

Vigente el 1 de enero de 2008, los médicos activados a servir en las Fuerzas Armadas podrán facturar servicios de médico suplente provistos entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2008.

Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre la excepción al límite de 60 días sobre acuerdos de facturación de médicos suplentes para médicos que son activados a servir en la reserva de las Fuerzas Armadas en el CR5985, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1486CP.pdf>. También encontrará la actualización al Capítulo 1 del *Medicare Claims Processing Manual (General Billing Requirement)*, Secciones 30.2.10 y 30.2.11, como un anejo al CR5985.

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

Information and Education Resources for Providers

provide services, a substitute physician’s services (either on a reciprocal or locum tenens basis) are not to be provided for a period longer than 60 continuous days.

On August 3, 2007, Public Law 110-54 amended the Act to provide an exception to this 60-day limit for physicians who are ordered to active duty in the Armed Forces.

By striking “January 1, 2008” and inserting “July 1, 2008,” Section 116 of the “Medicare, Medicaid, and State Children’s Health Insurance Program (SCHIP) Extension Act of 2007” (signed on December 29, 2007) extended this exception for another 6 months.

CR 5985, from which this article is taken updates these sections in Medicare Claims Processing Manual to reflect this change in the law.

Effective January 1, 2008, physicians called to active duty will be able to bill for substitute physician services furnished from January 1, 2008, through June 30 2008.

Additional Information

You can find more information about the exception to the 60-Day limit on substitute physician billing arrangements for physicians called to active duty in the Armed Forces reserves by going to CR 5985, located at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1486CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. You will find the updated Medicare Claims Processing Manual Chapter 1 (General Billing Requirements), Sections 30.2.10 and 30.2.11 as an attachment to that CR.

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

Pub. MLN5985/ Trans R1486CP / CR5985 / 04-04-08/ mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

ACLARACIÓN DEL CR5550 - REQUISITOS DE FIRMAS

Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), incluyendo a los Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME MACs por sus siglas en inglés) por cuidados de salud brindados a beneficiarios de Medicare en hospicios.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5971, del cual se deriva este artículo, aclara las instrucciones sobre los requisitos de firma para la certificación de una enfermedad terminal para hospicio. Esta provee que los Contratistas de Medicare aceptarán un facsímil de una firma original escrita o de una firma electrónica al documentar la certificación de enfermedad terminal para hospicio.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina esté informado de que, para documentar la certificación de enfermedad terminal para hospicio, es aceptable someter un facsímil de una firma original escrita o de una firma electrónica.

Trasfondo

El CR5971, del cual se deriva este artículo, aclara las instrucciones del *Medicare Program Integrity Manual*, Capítulo 3 (*Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions*), Subsección 3.4.1.1B (*Signature Requirements*) que trata sobre los requisitos de firma para la certificación de enfermedad terminal para hospicio, que se suministraron en el CR5550 (*Various Medical Review Clarifications*).

Information and Education Resources for Providers

CR 5550 CLARIFICATION - SIGNATURE REQUIREMENTS

Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare Contractors (Carriers, Fiscal Intermediaries, Regional Home Health Intermediaries, Part A/B Medicare Administrative Contractors, including Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors) for care provided to Medicare beneficiaries in hospice.

What You Need to Know

CR 5971, from which this article is taken, clarifies the instructions on signature requirements for the certification of terminal illness for hospice. It provides that Medicare contractors will accept a facsimile of an original written or electronic signature in documenting the certification of terminal illness for hospice.

Make sure that your billing staffs are aware that, to document the certification of terminal illness for hospice, a facsimile of an original written or electronic signature is acceptable

Background

CR 5971, from which this article is taken, clarifies the instructions in Medicare Program Integrity Manual Chapter 3 (Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions), Subsection 3.4.1.1B (Signature Requirements) that address the signature requirements for the certification of terminal illness for hospice, that were provided in CR 5550 (Various Medical Review Clarifications).

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

La subsección 3.4.1.1B del manual indica que los Contratistas de Medicare requieren un identificador legible para servicios provistos/ordenados. Aún más, se requiere que cuando esta documentación es para propósitos de revisiones médicas, el único método aceptable de documentar la firma del proveedor sea mediante su firma escrita o la firma electrónica. Para fines de revisiones médicas, los sellos de goma no son una firma aceptable en órdenes médicas u otra documentación médica.

El CR5971 provee que existe una excepción a este requisito.

El mismo anuncia que un facsímil de una firma escrita original o de una firma electrónica es aceptable para la certificación de una enfermedad terminal para hospicio. Sin embargo, es importante señalar que, mientras un facsímil de la firma es aceptable para este propósito, debe existir evidencia de la firma original del médico y copias en papel de la firma electrónica en el expediente del paciente.

Información Adicional

Puede encontrar más información sobre los requisitos de firmas para certificación de enfermedades terminales para hospicios en el CR5971, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS:<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R248PI.pdf>.

También encontrará la actualización al *Medicare Program Integrity Manual*, Capítulo 3 (*Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions*), Subsección 3.4.1.1B (*Signature Requirements*) como un anejo a este CR.

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

Information and Education Resources for Providers

Subsection 3.4.1.1B of the manual notes that Medicare contractors require a legible identifier for services provided/ordered. It further requires that when this documentation is for medical review purposes, the only acceptable method of documenting the provider signature is by written or an electronic signature. Stamp signatures are not acceptable to sign an order or other medical record documentation for medical review purposes.

CR 5971 provides that there is an exception to this requirement.

It announces that a facsimile of an original written or electronic signature is acceptable for the certification of terminal illness for hospice. Please be sure to note however, that while a signature facsimile is acceptable in this instance; it and hard copies of a physician's electronic signature must be present in the patient's medical record.

Additional Information

*You can find more information about the signature requirements for the certification of terminal illness for hospice by going to CR 5971, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R248PI.pdf> on the CMS website. You will find updated Medicare Program Integrity Manual Chapter 3 (*Verifying Potential Errors and Taking Corrective Actions*), Subsection 3.4.1.1B (*Signature Requirements*) as an attachment to this CR.*

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

Pub. MLN5971/ Trans R248PI / CR5971 / 03-28-08/ mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

REVISIÓN DEL CAPÍTULO 14 DEL MEDICARE PROGRAM INTEGRITY MANUAL

Este artículo es informativo y se basa en la petición de cambio (CR) 6036, la cual le recuerda a los proveedores que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) ya no emite, actualiza o utiliza el Número de Identificación Único de Proveedores (UPIN, según sus siglas en inglés) en el procesamiento de reclamaciones. Además este CR provee información sobre como acceder al Sistema Nacional de Enumeración de Planes y Proveedores (NPPES) y datos del UPIN.

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/MLN MattersArticles/downloads/MM6036.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

REVISIONS TO THE CHAPTER 14 OF THE MEDICARE PROGRAM INTEGRITY MANUAL

This article is informational and is based on Change Request (CR) 6036 which reminds providers that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) no longer issues, updates, or uses the Unique Physician Identification Number (UPIN) in claims processing. CR 6036 also provides information on how to access the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) and UPIN data.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6036.pdf> on the CMS website.

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

CR6036/Trans. R263PI/MM6036 ab

ASIGNACIÓN DE PROVEEDORES A LOS MACS

La reasignación de un proveedor de un FI/MAC a otro FI/MAC está generalmente paralizada. Esto con el propósito de asistir a la comunidad de Medicare con la transición de carga de trabajo de los Intermediarios Fiscales Legados y los contratistas de MACs. Esta notificación describe el acercamiento de CMS para asignar los proveedores al MAC y discute el proceso de mover a los proveedores a los MACs.

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/MLN MattersArticles/downloads/MM5979.pdf>.

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

ASSIGNMENT OF PROVIDERS TO MACS

In order to assist the Medicare community with the transition of workload from legacy FIs and carriers to the MACs, reassignment of a provider from one FI/MAC to another FI/MAC is generally frozen. This One Time Notification describes CMS' approach for assigning providers to MACs and discusses the process of moving providers to MACs.

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/MLN MattersArticles/downloads/MM5979.pdf> on the CMS website.

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

Recursos de Información y Educación para Proveedores

CAMBIO EN EL REQUISITO DE LA CANTIDAD QUE QUEDA EN CONTROVERSA PARA AUDIENCIAS ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO Y REVISIÓN JUDICIAL ANTE UN TRIBUNAL DE DISTRITO DE EE.UU.

Este artículo está relacionado al CR5897 en el cual se les notifica a los Contratistas de Medicare el aumento de la cantidad en controversia requerida para sostener los derechos de apelación por medio de una Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ por sus siglas en inglés) y de una Revisión Judicial ante un Tribunal de Distrito de EE.UU., a partir del 1 de enero de 2008. ***Para peticiones de Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo, hechas previas al 1 de enero de 2008, el requisito de la cantidad que queda en controversia es de \$110.00. Para peticiones hechas a partir del 1 de enero de 2008, el requisito de la cantidad que queda en controversia es de \$120.00. Para una Revisión Judicial ante un Tribunal de Distrito de EE.UU., la cantidad que queda en controversia aumenta de \$1,130.00, si la petición se hace previa al 1 de enero de 2008, a \$1,180.00, para peticiones a partir del 1 de enero de 2008.***

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5897.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

CHANGE IN THE AMOUNT IN CONTROVERSY REQUIREMENT FOR ADMINISTRATIVE LAW JUDGE HEARINGS AND FEDERAL DISTRICT COURT APPEALS

*This article is based on Change Request (CR) 5897, which notifies Medicare contractors of an increase in the Amount in Controversy (AIC) required to sustain Administrative Law Judge (ALJ) and Federal District Court appeal rights beginning January 1, 2008. **The amount remaining in controversy requirement for ALJ hearing requests made before January 1, 2008 is \$110. The amount remaining in controversy requirement for requests made on or after January 1, 2008 is \$120. For Federal District Court review, the amount remaining in controversy goes from \$1,130 for requests prior to January 1, 2008 to \$1,180 for requests on or after that date.***

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/MM5897.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5897/ Trans R1437CP / CR5897 / 02-05-08/ san-cp-rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

VISITAS DE CUIDADO CRITICO Y CUIDADO INTENSIVO NEONATAL (CÓDIGOS 99291 - 99292)

Esta hoja de trámite reemplaza el lenguaje de políticas de pago de cuidado crítico. Incluye las definiciones de terminología de procedimiento de la Asociación Médica Americana para los servicios de cuidado crítico. Esta directriz incorpora políticas de pago generales de evaluación y manejo de Medicare que impactan el pago de servicios de cuidado crítico. Además, añade un código nuevo de CPT para el 2008 (36591) el cual reemplaza el código 36540. El código 36591 identifica un procedimiento de acceso vascular incluido en el servicio de cuidado crítico.

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/MM5993.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

CRITICAL CARE VISITS AND NEONATAL INTENSIVE CARE (CODES 99291 - 99292)

This transmittal replaces all previous critical care payment policy language. It includes the American Medical Association Current Procedural Terminology definitions of critical care and critical care services. It incorporates general Medicare evaluation and management payment policies that impact payment for critical care services. It also adds a new CPT code for 2008 (36591) which replaces code 36540. Code 36591 identifies a bundled vascular access procedure when performed with a critical care service.

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/MM5993.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5993/ Trans R1530CP / CR5993 / 06-09-08/ san/dg/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@masspr.com
Medical Computer Systems (Medical Biller 7.0)	--UPIN --Visit/Consultation --Diagnostic Test --Laboratory --Procedure	642 Greenwood Summit Hills San Juan, PR 00920 787-793-8833 -- Fax: 787-271-0281 medbiller@coqui.net
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 -- ciscar@caribe.net
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com
Advance Data Support (MedOne 2.0)	-Visit/Consultation	PO Box 8512 Bayamón, PR 00960 787-269-3830 , 787-269-5620, 787-841-0396 michaelj@adspr.com
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-590-3686, 787-793-0046, Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org

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

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0)	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 trascasc@prtc.net
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infanteria 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 -Anestesia -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

CUALIFICACIONES DEL PERSONAL DE TERAPIA Y POLÍTICAS VIGENTE EL 1 DE ENERO DE 2008

Proveedores Afectados

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

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5921, del cual se deriva este artículo, provee guías para nuevas reglamentaciones (refiérase al *Federal Register* del 27 de noviembre de 2007 para la discusión en la reglamentación final del *Medicare Physician Fee Schedule* (MPFS) que trata sobre los servicios de terapia ambulatoria, incluyendo las calificaciones del personal y el tiempo de recertificación de planes de cuidado para servicios de la Parte B. Este artículo resume estas reglamentaciones.

Trasfondo

Los estándares profesionales han cambiado desde que las calificaciones para los individuos que brindan servicios de terapia ambulatoria (terapia física, terapia ocupacional y patología del habla-lenguaje) en el 42CFR484.4 fueron modificados por última vez. En la Reglamentación Final del MPFS del año calendario 2008, con comentarios, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) actualizaron estos estándares para establecer requisitos más actualizados. El CR5921, del cual se deriva este artículo, provee dirección para estas nuevas regulaciones.

Vigente el 1 de enero de 2008, los requisitos para este personal se están aplicando a todos los ambientes, excepto en el caso de pacientes hospitalizados, incluyendo servicios de hospitales de acceso crítico y cuidados posteriores a una estadía en Centros de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés).

Medical Policy

THERAPY PERSONNEL QUALIFICATIONS AND POLICIES EFFECTIVE JANUARY 1, 2008

Provider Types Affected

Physicians, non physician practitioners, and other providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FI) or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for outpatient therapy services provided to Medicare Beneficiaries.

What Providers Need to Know

*CR 5921, from which this article is taken, provides guidance for new regulations (See the *Federal Register* of November 27, 2007 for the discussion in the *Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) final rule of 2008.*) that address outpatient therapy services, including personnel qualifications and the timing of recertification of plans of care for Part B services. This article summarizes these regulations.*

Background

Professional standards have changed since the qualifications for individuals providing outpatient therapy services (physical therapy, occupational therapy and speech-language pathology services in 42CFR484.4 was last modified. In the calendar year 2008 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule with comments, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) updated them to address more modern requirements. CR 5921, from which this article is taken, provides guidance for these new regulations.

Effective January 1, 2008, these personnel requirements are being applied to all settings except inpatient hospital, including critical access hospital services, and posthospital SNF care.

Cont. on next page

Política Médica

Vigente el 1 de julio de 2008, las calificaciones para este personal se aplicarán uniformemente en todos los ambientes de Medicare donde se prestan servicios de terapia. Ciertas otras políticas relacionadas con servicios de terapia, y políticas relacionadas con la recertificación de planes de cuidado para servicios de la Parte B, algunas de las cuales difieren por la localidad, también entran en vigor el 1 de enero de 2008.

Nota: Las reglamentaciones contenidas en el 42CFR409.17, sobre servicios a pacientes hospitalizados y servicios en hospitales de acceso crítico, y aquellos en el 42CFR409.23 sobre cuidados posteriores a una estadía en un SNF entrarán en vigor el 1 de julio de 2008. Solamente se trata el tema de las calificaciones del personal para estos ambientes en este CR.

Calificaciones para Individuos que Proveen Servicios de Terapia Ambulatoria

Práctica de Terapia Física

Para propósitos de cubierta del Programa Medicare, las cualificaciones del personal nuevo de terapia física fueron discutidas en el MPFS de 2008. Refiérase al *Federal Register* del 27 de noviembre de 2007 para el texto completo. También puede ver el aviso de corrección para esta reglamentación, publicado en el *Federal Register* el 15 de enero de 2008. Para ver las cualificaciones oficiales para terapeutas físicos, vea la revisión al Capítulo 15, Sección 230.1 en el *Medicare Benefit Policy Manual*, que se incluye como anejo al CR5921 y que está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R88BP.pdf>.

Práctica de Terapia Ocupacional

Las nuevas cualificaciones para el personal de Terapia Ocupacional (OT por sus siglas en inglés) también se discutieron en el MPFS de 2008. Vea el *Federal Register* del 27 de noviembre de 2007 para el texto completo. También puede ver el aviso de corrección para esta reglamentación, publicado en el *Federal Register* el 15 de enero de 2008. Las cualificaciones oficiales para el personal de OT se encuentran en la revisión al Capítulo 15, Sección 230.2 del *Medicare Benefit Policy Manual*, que se incluye como anejo al CR5921.

Medical Policy

Effective July 1, 2008, these personnel qualifications are being applied consistently in all Medicare settings where therapy services are furnished. Certain other policies concerning therapy services and policies concerning recertification of plans of care for Part B services, some of which differ by setting are also effective January 1, 2008.

Note: *The regulations in 42CFR409.17 concerning inpatient hospital services and inpatient critical access hospital services, and those in 42CFR409.23 concerning post hospital skill nursing facility (SNF) care will become effective July 1, 2008. Only the personnel qualifications for those settings are addressed in this CR.*

Qualifications for Individuals Providing Outpatient Therapy Services

Practice of Physical Therapy

For Medicare program coverage purposes, the new personnel qualifications for physical therapists were discussed in the 2008 Medicare Physician Fee Schedule. See the Federal Register of November 27, 2007 for the full text. See also the correction notice for this rule, published in the Federal Register on January 15, 2008. To view the official qualifications for physical therapists, see the revised Chapter 15, Section 230.1, of the Medicare Benefit Policy Manual, which is attached to CR5921 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R88BP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

Practice of Occupational Therapy

The new personnel qualifications for occupational therapists (OT) were also discussed in the 2008 Physician Fee Schedule. See the Federal Register of November 27, 2007 for the full text. See also the correction notice for this rule, published in the Federal Register on January 15, 2008. The official personnel qualifications of OTs are in the revised Chapter 15, Section 230.2 of the Medicare Benefit Policy Manual attached to CR5921.

Cont. on next page

Política Médica

Práctica de Patología del Habla-Lenguaje

Un Patólogo del Habla-Lenguaje cualificado, para propósitos de cubierta del Programa Medicare, cumple con uno de los siguientes requisitos:

- Los requisitos de educación y experiencia para un Certificado de Competencia Clínica en (Patología del Habla-Lenguaje) otorgado por la *American Speech-Language Hearing Association* o;
- Cumple con los requisitos educativos para certificación y se encuentra en el proceso de acumular la experiencia supervisada requerida para la certificación.

Para servicios ambulatorios de terapia del habla-lenguaje que se proveen “incidentales a” servicios de un Médico/Profesional de la Salud (NPP), el requisito de licenciatura en patología del habla-lenguaje no aplica; todas las otras cualificaciones de personal sí aplican. Por lo tanto, el personal cualificado que provee servicios de patología del habla-lenguaje “incidentales a” un servicio de médico/NPP deben cumplir con las cualificaciones mencionadas anteriormente.

Tiempo de Recertificación de Planes de Cuidado para Servicios de la Parte B

El CR5921 también trata el tema del tiempo de recertificación de planes de Cuidado para servicios cubiertos bajo la Parte B. Lo siguiente resume los cambios articulados en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Sección 220.1.3 (*Certification and Recertification of Need for Treatment and Therapy Plans of Care*).

Primero, verifique que la certificación del médico/NPP del plan (con o sin una orden) satisfaga todos los requisitos de certificación para la duración del episodio de cuidado, o por 90 días calendario a partir de la fecha del tratamiento inicial, lo que sea menor. El tratamiento inicial incluye la evaluación que trajo como resultado el plan.

El tiempo de la recertificación del plan cambió el 1 de enero de 2008. Por lo tanto, aquellas certificaciones que fueron firmadas en o antes del 31 de diciembre de 2007, deben seguir las

Medical Policy

Practice of Speech-Language Pathology

A qualified speech-language pathologist for program coverage purposes meets one of the following requirements:

- *The education and experience requirements for a Certificate of Clinical Competence in (speech-language pathology) granted by the American Speech-Language Hearing Association; or*
- *Meets the educational requirements for certification and is in the process of accumulating the supervised experience required for certification.*

For outpatient speech-language pathology services that are provided incident to the services of physicians/NPPs, the requirement for speech-language pathology licensure does not apply; all other personnel qualifications do apply. Therefore, qualified personnel providing speech-language pathology services incident to the services of a physician/NPP must meet the above qualifications.

Timing of Recertification of Plans for Care for Part B services

CR 5921 also addresses the timing of recertification of plans for care for Part B services. The following summarizes the changes articulated in the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Section 220.1.3 (Certification and Recertification of Need for Treatment and Therapy Plans of Care).

First, please note that the physician's/NPP's certification of the plan (with or without an order) satisfies all of the certification requirements for the duration of the episode of care, or 90 calendar days from the date of the initial treatment, whichever is less. The initial treatment includes the evaluation that resulted in the plan.

The timing of plan recertification changed on January 1, 2008. Therefore, those certifications that were signed on, or prior to December 31, 2007, follow the rule in effect at that time; which

Cont. on next page

Política Médica

regulaciones vigentes en aquel momento, las cuales requerían recertificación cada 30 días calendario. Sin embargo, las certificaciones firmadas a partir del 1 de enero de 2008, deben seguir las nuevas reglamentaciones establecidas en el CR5921 y tienen vigencia para un episodio de duración apropiada, basado en la condición individual del paciente, hasta 90 días calendario a partir de la fecha de la terapia de tratamiento inicial.

Específicamente, un médico/NPP puede certificar o recertificar un plan de cualquier tiempo de duración que determine apropiado, hasta un máximo de 90 días calendario. Un intervalo de certificación va a ser de la misma duración que un episodio, si el episodio es menor de 90 días calendario. Si se anticipa que el episodio de cuidado se extenderá más allá del límite de 90 días, se considera apropiado (aunque no es requisito) que el profesional de la salud que desarrolla el plan haga un estimado de la duración del episodio completo para ese ambiente.

Nota: El Periodo del Informe de Progreso no ha cambiado. Los informes de progreso vencen al menos cada 10 días de tratamiento o al menos una vez cada 30 días calendario, lo que sea menor. El primer día del primer periodo de reporte es el mismo que el primer día del periodo de certificación y el primer día de tratamiento (incluyendo la evaluación). El primer día del segundo periodo de reporte es el día de tratamiento luego de finalizar el primer periodo de reporte.

Otros Asuntos en el CR5921

Otros asuntos discutidos en el CR5921 incluyen:

- Los contratistas de Medicare requerirán que un plan de cuidado nuevo o significativamente modificado (cambiado) para servicios de terapia ambulatoria se certifique no más tarde de 30 días calendario luego del tratamiento de terapia inicial bajo el plan. Las reglas para certificaciones tardías no han cambiado.
- Las condiciones de pago y cubierta requieren que el plan sea evaluado, tan frecuentemente como sea necesario, pero al menos siempre que sea certificado o recertificado. No se requiere que el mismo médico/NPP que

Medical Policy

required recertification every 30 calendar days. However, certifications that are signed on, or after January 1, 2008, follow the new rules in CR5921 and are effective for an appropriate episode length based on individual patient condition up to 90 calendar days from the initial therapy treatment.

Specifically, a physician/NPP may certify or recertify a plan for whatever duration of treatment episode they determine is appropriate, up to a maximum of 90 calendar days. A certification interval will be the same length as an episode, if the episode is less than 90 calendar days. If the episode of care is anticipated to extend beyond the 90 calendar day limit for certification, it is appropriate (although not required) that the clinician who develops the plan estimate the duration of the entire episode for that setting.

Note: The Progress Report Period has not changed. Progress reports are due at least once every 10 treatment days or at least once during each 30 calendar days, whichever is less. The first day of the first reporting period is the same as the first day of the certification period and the first day of treatment (including evaluation). The first day of the second reporting period is the treatment day after the end of the first reporting period.

Other Issues in CR5921

Other issues discussed in CR5921 include:

- *Medicare contractors will require that a new or significantly modified (changed) plan of care for outpatient therapy services be certified no more than 30 calendar days after the initial therapy treatment under that plan. Rules for delayed certification have not changed.*
- *Payment and coverage conditions require that the plan must be reviewed, as often as necessary but at least whenever it is certified or recertified. It is not required that the*

Cont. on next page

Política Médica

participó inicialmente en la recomendación o planificación del plan de cuidado del paciente sea el mismo que certifique o recertifique el plan.

- Los contratistas de Medicare requerirán recertificación de planes de terapia ambulatoria en intervalos que no excedan los 90 días calendario, a partir del día de tratamiento inicial.
- Los médicos/NPPs que entiendan que es necesario hacer una visita de examen antes de la certificación del plan, o durante el episodio de tratamiento, deben indicar sus requisitos para visitas, preferiblemente en una orden que preceda al tratamiento, o en el plan de cuidado que está certificado. Si el médico desea restringir el tratamiento del paciente mas allá de cierta fecha cuando se requiere una visita, el médico debe certificar el plan solamente hasta la fecha de dicha visita. A partir de esa fecha, los servicios no serán considerados “razonables y necesarios” debido a que carecen de un plan certificado.
- Las políticas continúan permitiendo certificaciones tardías de planes de cuidado. Las certificaciones son aceptables, aún cuando se sometan tarde, si los servicios aparecen como provistos bajo el cuidado de cualquier médico (no solamente el que certifica). La presencia de cuidados médicos puede evidenciarse mediante cualquier formulario, incluyendo órdenes, por ejemplo, notas de conferencias telefónicas, conferencias de grupo y facturación de servicios durante los cuales el expediente médico del paciente podría, en la sana práctica, ser evaluado para demostrar que el tratamiento de terapia está en progreso.
- Las guías para certificación tardía no han cambiado. Un nuevo plan de cuidado es un plan de cuidado inicial o un plan de cuidado que ha sido cambiado o modificado significativamente, resultando en un cambio de metas a largo plazo. Se espera que las modificaciones al plan respecto a metas a corto plazo o técnicas de tratamiento se hagan frecuentemente y que dichos cambios no requieran certificación o recertificación.

Medical Policy

same physician/NPP who participated initially in recommending or planning the patient's care certifies and/or recertifies the plans.

- *Medicare contractors will require recertification of outpatient therapy plans of care in intervals not to exceed 90 calendar days after the initial treatment day.*
- *Physicians/NPPs who feel that a visit for an examination is necessary prior to certifying the plan, or during the episode of treatment should indicate their requirement for visits, preferably on an order preceding the treatment, or on the plan of care that is certified. If the physician wishes to restrict the patient's treatment beyond a certain date when a visit is required, the physician should certify a plan only until the date of the visit. After that date, services will not be considered reasonable and necessary due to lack of a certified plan.*
- *Policies continue to allow delayed certification of plans of care. Certifications are acceptable, even when late, if the services appear to have been provided under the care of any physician (not only the one who certifies). Appearance of a physician's care may be in any form and includes orders, e.g., notes, phone conferences, team conferences and billing for physician services during which the medical record or the patient's history would, in good practice, be reviewed and would indicate therapy treatment is in progress.*
- *The guidance for delayed certification has not changed. A new plan of care is either an initial plan of care or a plan of care that has been significantly modified or changed, resulting in a change in long term goals. It is expected that modifications to the plan concerning short term goals or treatment techniques will be made frequently and these changes do not require certification or recertification.*

Cont. on next page

Política Médica

- Los Contratistas de Medicare no requerirán una declaración de certificación al momento de la certificación del plan.
- Los Contratistas de Medicare requerirán a los profesionales de la salud o instalaciones médicas que proveen servicios apropiados de terapia acuática en piscinas comunitarias que alquilen al menos una porción de la piscina comunitaria para el uso exclusivo de los pacientes de terapia.
- Las mismas políticas, por ejemplo, aquellas referentes a la seguridad y necesidad médica, continúan aplicando a los servicios prestados en parte de una piscina, como se aplicaron cuando la política requería el uso de la piscina entera.

Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los nuevos requisitos de cualificación del personal de terapia y el tiempo de recertificación de planes de cuidado (vigente el 1 de enero de 2008) en el CR5921, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R88BP.pdf>. La actualización al *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15 (*Covered Medical and Other Health Services*), Secciones 220 (*Coverage of Outpatient Rehabilitation Therapy Services (Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech-Language Pathology Services) Under Medical Insurance*), 220.1.2 (*Plans of Care for Outpatient Physical Therapy, Occupational Therapy, or Speech-Language Pathology Services*), 220.1.3 (*Certification and Recertification of Need for Treatment and Therapy Plans of Care*), 220.3 (*Documentation Requirements for Therapy Services*), 230.1 (*Practice of Physical Therapy*), 230.2 (*Practice of Occupational Therapy*), 230.3 (*Practice of Speech-Language Pathology*), 230.4 (*Services Furnished by a Physical or Occupational Therapist in Private Practice*) se encuentran disponibles como anejo a ese CR.

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

Medical Policy

- *Medicare contractors will not require a certification "statement" at the time of certification.*
- *Medicare contractors will require a clinicians or facilities that appropriately furnish aquatic therapy in a community pool to rent or lease at least a portion of the community pool for the exclusive use of the therapist's patients.*
- *The same policies, e.g., concerning safety and medical necessity, continue to apply to services provided in part of a pool as were applied when the policy required use of the entire pool.*

Additional Information

You can find more information about the new therapy personnel qualification requirements and the timing of recertification of plans of care (effective January 1, 2008) by going to CR 5921, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R88BP.pdf> on the CMS website. The updated Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Sections 220 (Coverage of Outpatient Rehabilitation Therapy Services (Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech-Language Pathology Services) Under Medical Insurance), 220.1.2 (Plans of Care for Outpatient Physical Therapy, Occupational Therapy, or Speech-Language Pathology Services), 220.1.3 (Certification and Recertification of Need for Treatment and Therapy Plans of Care), 220.3 (Documentation Requirements for Therapy Services), 230.1 (Practice of Physical Therapy), 230.2 (Practice of Occupational Therapy), 230.3 (Practice of Speech-Language Pathology), 230.4 (Services Furnished by a Physical or Occupational Therapist in Private Practice) can be found as an attachment to that CR.

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

Pub. MLN5921/ Trans R88BP / CR5921 / 05-07-08/ mlv rrc

Política Médica

SERVICIOS PROLONGADOS (CÓDIGOS 99354-99359)

Proveedores Afectados

Médicos y otros profesionales de la salud (NPPs por sus siglas en inglés) cualificados cuyos servicios se facturan a los Contratista de la Parte B o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés).

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5972, del cual se deriva este artículo, actualiza las secciones del *Medicare Claims Processing Manual* que tratan sobre los códigos de servicios prolongados, a fin de ser uniformes con los cambios/eliminaciones de códigos y con los cambios en las unidades de tiempo típico/promedio en el sistema de codificación del *Current Terminology Procedural Terminology* (CPT) de la Asociación Médica Americana (AMA por sus siglas en inglés).

Asegúrese que el personal a cargo de facturación de su oficina esté informado sobre los cambios en códigos CPT para servicios prolongados, según se describe en la sección **Trasfondo**, más adelante.

Trasfondo

Desde que se publicó inicialmente el Capítulo 12 del *Medicare Claims Processing Manual* (*Physicians/Nonphysician Practitioners*), Sección 30.6.15.1 (*Prolonged Services With Direct Face-to-Face Patient Contact Service* (Codes 99354 - 99357) (ZZZ codes) y Sección 30.6.15.2 (*Prolonged Services Without Direct Face-to-Face Patient Contact Services* (Codes 99358 - 99359) hubo varios cambios en códigos, eliminación de códigos, y cambio en las unidades de tiempo típicas/promedio en el sistema de codificación del CPT de la AMA.

El CR5972, del cual se deriva este artículo, actualiza estas secciones y trata el tema de códigos de servicios prolongados, a fin de ser consistente con los cambios en codificación realizados por la AMA a los códigos CPT.

Estos cambios al manual:

Medical Policy

PROLONGED SERVICES (CODES 99354 - 99359)

Provider Types Affected

Physicians and other qualified non-physician practitioners (NPP) whose services are billed to Medicare Carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC).

What You Need to Know

CR 5972, from which this article is taken, updates the sections of the Medicare Claims Processing Manual that address prolonged services codes, in order to be consistent with changes/deletions in codes and changes in typical/average time units in the American Medical Association Current Terminology Procedural Terminology (CPT) coding system.

Make sure that your billing staffs are aware of the prolonged services CPT code changes as described in Background, below.

Background

Since Medicare Claims Processing Manual Chapter 12 (Physicians/Nonphysician Practitioners), Sections 30.6.15.1 Prolonged Services With Direct Face-to-Face Patient Contact Service (Codes 99354 - 99357) (ZZZ codes) and 30.6.15.2 (Prolonged Services Without Direct Face-to-Face Patient Contact Services (Codes 99358 - 99359) were first written, several code changes, code deletions, and typical/average time units have changed in the American Medical Association (AMA) Current Procedural Terminology (CPT) coding system.

CR 5972, from which this article is taken, updates these sections that address prolonged services codes, in order to be consistent with the AMA CPT coding changes.

These manual changes:

Cont. on next page

Política Médica

- (A fin de mantenerse actualizado con la política de pago de Medicare para documentación de apoyo y presencia del médico) define lo que son **Servicios Prolongados** y explica los códigos acompañantes requeridos para servicios de Evaluación y Manejo (E&M).
- Corrigen y actualizan las tablas para tiempos límites (disponibles más adelante) para reflejar cambios en códigos y las unidades de tiempo típicas/promedio vigentes, asociadas con el nivel de cuidado del código CPT en las familias de códigos; y
- En una nueva Subsección (30.6.15.1 (H)), explica cómo se reporta la visita del médico para consejería y/o coordinación de cuidado, cuando la visita se basa en tiempo y cuando la consejería y/o la coordinación de servicio es prolongada.

A continuación encontrará un resumen de dichos cambios.

Definiciones de Servicios Prolongados

En un ambiente de **oficina** u **otro ambiente ambulatorio**, Medicare pagará servicios médicos prolongados (Código CPT 99354) (con contacto directo, cara a cara con el paciente, que requiere una hora más allá del servicio usual), cuando se factura en el mismo día por el mismo médico o profesional de la salud cualificado (NPP por sus siglas en inglés) que los códigos acompañantes de Evaluación y Manejo. El tiempo para servicios usuales se refiere a las unidades de tiempo típicas/promedio asociadas con los códigos acompañantes del servicio de E&M, según se menciona en el Código CPT. Usted debe reportar cada 30 minutos adicionales de contacto directo, cara a cara, con el paciente, luego de la primera hora de servicios prolongados, mediante el uso del Código CPT 99355.

En un **ambiente hospitalario**, Medicare pagará los servicios médicos prolongados (Código CPT 99356) (con contacto directo, cara a cara, con el paciente, que requieren una hora adicional al servicio usual), cuando se factura el mismo día, por el mismo médico o NPP cualificado, como códigos acompañantes de E&M. Usted debe reportar cada 30 minutos adicionales de contacto directo, cara a cara, con el paciente luego de la primera hora de servicios prolongados, haciendo uso del Código CPT 99357.

Medical Policy

- *(In keeping with current Medicare payment policy for physician presence and supporting documentation) define Prolonged Services and explain the required evaluation and management (E&M) companion codes;*
- *Correct and update the tables for threshold times (reproduced below) to reflect code changes and current typical/average time units associated with the CPT levels of care in code families; and*
- *In a new Subsection (30.6.15.1 (H)), explain how to report physician visits for counseling and/or coordination of care when the visit is based on time and when the counseling and/or coordination service is prolonged.*

A summary of these manual changes follow.

Prolonged Services Definitions

*In the **office or other outpatient setting**, Medicare will pay for prolonged physician services (CPT code 99354) (with direct face-to-face patient contact that requires one hour beyond the usual service), when billed on the same day by the same physician or qualified NPP as the companion evaluation and management codes. The time for usual service refers to the typical/average time units associated with the companion E&M service as noted in the CPT code. You should report each additional 30 minutes of direct face-to-face patient contact following the first hour of prolonged services with CPT code 99355.*

*In the **inpatient setting**, Medicare will pay for prolonged physician services code 99356) (with direct face-to-face patient contact which require one hour beyond the usual service), when billed on the same day by the same physician or qualified NPP as the companion evaluation and management codes. You should report each additional 30 minutes of direct face-to-face patient contact following the first hour of prolonged services may be reported by CPT code 99357.*

Cont. on next page

Política Médica

Nota: Usted no debe reportar por separado servicios prolongados de menos de 30 minutos de duración total en una fecha dada, ya que el trabajo que envuelve se incluye en el trabajo total de los códigos de Evaluación & Manejo (E&M).

Usted puede hacer uso del código 99355 o 99357 para reportar cada 30 minutos adicionales, a partir de la primera hora de servicios prolongados, de acuerdo al lugar de servicio. Estos códigos se pueden utilizar para reportar los últimos 15-30 minutos del servicio prolongado en cualquier fecha, si no han sido facturados de otra manera. Servicios prolongados de menos de 15 minutos, a partir de la primera hora o de menos de 15 minutos después de los 30 minutos finales no se reportan por separado.

Códigos Acompañantes Requeridos

Por favor, recuerde que los códigos de servicios prolongados 99354-99357 no se pagarán a menos que estén acompañados de los códigos acompañantes que se describen aquí:

Los Códigos Acompañantes de Códigos E&M para el Código 99354 son:

- Códigos de Visita en Oficina u Otros Códigos de Visita ambulatoria (99201-99205, 99212-99215),
- Códigos de Consulta en Oficina u Otros Códigos de Consulta Ambulatoria (99241-99245),
- Códigos de Servicios a Domicilio, en Hogares de Descanso o Servicios de Cuidado de Custodia (99324-99328, 99334-99337),
- Códigos de Servicios en el Hogar (99341-99345, 99347-99350);

El código acompañante de Evaluación & Manejo (E&M) para los códigos 99355 es 99354, más uno de los códigos E&M requeridos.

Los códigos acompañantes de E&M para el código 99356 son Cuidado Inicial en Hospital y Cuidado Subsiguiente en Hospital (99221-99223, 99231-99233), los códigos de Consulta en Hospital (99251-99255); Códigos de Servicios en Centros de Enfermería (99304-99318).

Medical Policy

Note: You should not separately report prolonged service of less than 30 minutes total duration on a given date, because the work involved is included in the total work of the evaluation & management (E&M) codes.

You may use code 99355 or 99357 to report each additional 30 minutes beyond the first hour of prolonged services, based on the place of service. These codes may be used to report the final 15-30 minutes of prolonged service on a given date, if not otherwise billed. Prolonged service of less than 15 minutes beyond the first hour or less than 15 minutes beyond the final 30 minutes is not reported separately.

Required Companion Codes

Please remember that prolonged services codes 99354-99357 are not paid unless they are accompanied by the companion codes as described here.

The companion E&M codes for 99354 are:

- Office or Other Outpatient visit codes (99201-99205, 99212-99215),
- Office or Other Outpatient Consultation codes (99241-99245),
- Domiciliary, Rest Home, or Custodial Care Services codes (99324-99328, 99334-99337),
- Home Services codes (99341-99345, 99347-99350);

The companion E&M codes for 99355 are 99354 and one of its required E&M codes.

The companion E&M codes for 99356 are the Initial Hospital Care and Subsequent Hospital Care codes (99221-99223, 99231-99233), the Inpatient Consultation codes (99251-99255); Nursing Facility Services codes (99304-99318).

Cont. on next page

Política Médica

El código acompañante para el código 99357 es 99356, más uno de los códigos de E&M requeridos.

Requisitos de la Presencia del Médico

Usted puede contar solamente la duración del contacto directo, cara a cara, con el paciente (ya sea que el servicio fue continuo o no) más allá del tiempo típico/promedio del código de visita facturado, para determinar si se pueden facturar servicios prolongados y para determinar los códigos de servicios prolongados que están permitidos.

Usted no puede facturar lo siguiente como servicios prolongados:

- En un **ambiente de oficina**, el tiempo invertido por el personal con el paciente, o el tiempo que el paciente pasa en la oficina sin compañía; o
- En un ambiente de **hospital**, el tiempo invertido evaluando el récord del paciente o discutiendo el caso con el personal médico local, y que no es contacto directo (cara a cara) con el paciente o mientras espera por resultados de pruebas, por cambios en la condición del paciente, mientras espera que concluya alguna terapia, o mientras espera para usar las instalaciones.

Documentación

A menos que usted haya sido seleccionado para una revisión médica, usted no tiene que enviar documentación del expediente médico junto con la factura de servicios prolongados. Sin embargo, se requiere que la documentación sobre la duración y contenido del servicio de Evaluación & Manejo médicamente necesario y servicios prolongados que usted está facturando esté en el expediente del paciente.

Usted debe documentar apropiada y suficientemente en el expediente médico del paciente que usted personalmente suministró el tiempo cara a cara con el paciente especificado en las definiciones de códigos CPT. Asegúrese de documentar los tiempos de comienzo y conclusión de la visita, junto con la fecha de servicio.

Medical Policy

The companion codes for 99357 are 99356 and one of its required E&M codes.

Requirement for Physician Presence

You may count only the duration of direct face-to-face contact with the patient (whether the service was continuous or not) beyond the typical/average time of the visit code billed, to determine whether prolonged services can be billed and to determine the prolonged services codes that are allowable.

You cannot bill as prolonged services:

- *In the **office setting**, time spent by office staff with the patient, or time the patient remains unaccompanied in the office; or*
- *In the **hospital** setting, time spent reviewing charts or discussing the patient with house medical staff and not with direct face-to-face contact with the patient or waiting for test results, for changes in the patient's condition, for end of a therapy, or for use of facilities.*

Documentation

Unless you have been selected for medical review, you do not need to send the medical record documentation with the bill for prolonged services. Documentation, however, is required to be in the medical record about the duration and content of the medically necessary evaluation and management service and prolonged services that you bill.

You must appropriately and sufficiently document in the medical record that you personally furnished the direct face-to-face time with the patient specified in the CPT code definitions. Make sure that you document the start and end times of the visit, along with the date of service.

Cont. on next page

Política Médica

Uso de Códigos

Usted solamente puede facturar códigos de servicios prolongados si la duración total del servicio directo (cara a cara) con el médico o personal cualificado (incluyendo la visita) equivale o excede el límite de tiempo del servicio de evaluación y manejo suministrado por el médico o NPP cualificado (tiempo típico/promedio asociado con el código CPT de E&M, más 30 minutos.)

El límite de tiempo para los códigos 99354 y 99355 (Ambiente de Oficina y Otros ambientes ambulatorios)

Si el total de tiempo de contacto directo (cara a cara) equivale o excede el límite de tiempo para el código 99354, pero es menor que el límite de tiempo para el código 99355, usted debe facturar el código de visita de E&M y el código 99354. No se aceptará más de una unidad del código 99354.

Si el total de tiempo de contacto directo (cara a cara) equivale o excede el límite de tiempo para el código 99355 por no más de 29 minutos, usted debe facturar el código de visita 99354 y una unidad del código 99355. Se puede facturar una unidad adicional del código 99355 por cada incremento de 30 minutos adicionales.

La Tabla 1 indica los límites de tiempo que sus Contratistas de la Parte B y A/B MACs utilizan para determinar si los códigos de servicios prolongados 99354 y/o 99355 pueden ser facturados en el ambiente de oficina u otro ambiente ambulatorio, incluyendo servicio de consulta ambulatoria y domiciliaria, hogar de descanso, servicios de cuidado custodio y códigos de servicio en el hogar. Los cambios derivados de códigos CPT de la AMA están resaltados en **negritas/itálicas**.

Medical Policy

Use of the Codes

You can only bill the prolonged services codes if the total duration of all physician or qualified NPP direct face-to-face service (including the visit) equals or exceeds the threshold time for the evaluation and management service the physician or qualified NPP provided (typical/average time associated with the CPT E/M code plus 30 minutes).

Threshold Times for Codes 99354 and 99355 (Office or Other Outpatient Setting)

If the total direct face-to-face time equals or exceeds the threshold time for code 99354, but is less than the threshold time for code 99355, you should bill the E&M visit code and code 99354. No more than one unit of 99354 is acceptable.

If the total direct face-to-face time equals or exceeds the threshold time for code 99355 by no more than 29 minutes, you should bill the visit code 99354 and one unit of code 99355. One additional unit of code 99355 is billed for each additional increment of 30 minutes extended duration.

*Table 1 displays threshold times that your carriers and A/B MACs use to determine if the prolonged services codes 99354 and/or 99355 can be billed with the office or other outpatient settings, including outpatient consultation services and domiciliary, rest home, or custodial care services and home services codes. The AMA CPT coding-derived changes are highlighted and noted in **bolded italics**.*

Cont. on next page

Política Médica

Medical Policy

Tabla 1

Table 1

Límite de Tiempo para Códigos de Visita Prolongada 99354 y/o 99355
Facturados con Códigos de Consulta, Oficina/Ambulatorio

*Threshold Time for Prolonged Visit Codes 99354 and/or 99355
Billed with Office/Outpatient and Consultation Codes*

Code	Typical Time for Code	Threshold Time to Bill Code 99354	Threshold Time to Bill Codes 99354 and 99355
99201	10	40	85
99202	20	50	95
99203	30	60	105
99204	45	75	120
99205	60	90	135
99212	10	40	85
99213	15	45	90
99214	25	55	100
99215	40	70	115
99241	15	45	90
99242	30	60	105
99243	40	70	115
99244	60	90	135
99245	80	110	155
99324	20	50	95
99325	30	60	105
99326	45	75	120
99327	60	90	135
99328	75	105	150
99334	15	45	90
99335	25	55	100
99336	40	70	115
99337	60	90	135
99341	20	50	95
99342	30	60	105
99343	45	75	120
99344	60	90	135
99345	75	105	150
99347	15	45	90
99348	25	55	100
99349	40	70	115
99350	60	90	135

Para saber el límite de tiempo para facturar el código 99354 y dos unidades del código 99355, añada 30 minutos al límite de tiempo de los códigos de facturación 99354 y 99355. Por ejemplo, cuando facture el código 99205, para poder facturar el código 99354 y dos unidades del código 99355, el límite de tiempo es de 150 minutos.

To get to the threshold time for billing code 99354 and two units of code 99355, add 30 minutes to the threshold time for billing codes 99354 and 99355. For example, when billing code 99205, in order to bill code 99354 and two units of code 99355, the threshold time is 150 minutes.

Cont. on next page

Política Médica

Límites de Tiempo para Códigos 99356 y 99357 (Ambiente Hospitalario)

Si el tiempo total de contacto directo (cara a cara) equivale o excede el límite de tiempo para el código 99356, pero es menor que el límite de tiempo para el código 99357, usted debe facturar la visita y el código 99356.

Los Contratistas de Medicare no aceptarán más de una unidad del código 99356. Si el total de tiempo de contacto directo (cara a cara) equivale o excede el límite de tiempo para el Código 99356 por no más de 29 minutos, usted debe facturar el código de visita 99356 y una unidad del código 99357. Se facturará una unidad adicional del código 99357 por cada incremento adicional de 30 minutos.

La Tabla 2 indica los tiempos límite que sus Contratistas de Medicare utilizarán para determinar si se pueden facturar códigos de servicios prolongados 99356 y/o 99357 con códigos de ambiente hospitalario. Los cambios derivados de códigos CPT de la AMA están resaltados y anotados en ***negritas/itálicas***.

Tabla 2

Límite de Tiempo para Códigos de Visita Prolongada 99356 y/o 99356
Facturados con Códigos en Ambientes Hospitalarios
*Threshold Time for Prolonged Visit Codes 99356 and/or 99357
Billed with Inpatient Setting Codes*

Code	Typical Time for Code	Threshold Time to Bill Code 99356	Threshold Time to Bill Codes 99356 and 99357
99221	30	60	105
99222	50	80	125
99223	70	100	145
99231	15	45	90
99232	25	55	100
99233	35	65	110
99251	20	50	95
99252	40	70	115
99253	55	85	130
99254	80	110	155
99255	110	140	185
99304	25	55	100
99305	35	65	110
99306	45	75	120
99307	10	40	85
99308	15	45	90
99309	25	55	100
99310	35	65	110
99318	30	60	105

Medical Policy

Threshold Times for Codes 99356 and 99357 (Inpatient Setting)

If the total direct face-to-face time equals or exceeds the threshold time for code 99356, but is less than the threshold time for code 99357, you should bill the visit and code 99356.

Medicare contractors will not accept more than one unit of code 99356. If the total direct face-to-face time equals or exceeds the threshold time for code 99356 by no more than 29 minutes, you should bill the visit code 99356 and one unit of code 99357. One additional unit of code 99357 is billed for each additional increment of 30 minutes extended duration.

Table 2 displays the following threshold times that your Medicare contractors uses to determine if the prolonged services codes 99356 and/or 99357 can be billed with the inpatient setting codes. The AMA CPT coding-derived changes are highlighted and noted in bolded italics.

Table 2

Cont. on next page

Política Médica

Servicios Prolongados Asociados con servicios E&M basados en Consejería y/o Coordinación de Cuidado (Controlado por Tiempo)

Cuando un servicio de E&M lo domina un cuidado de consejería y/o coordinación de cuidado (esto es, la consejería y/o coordinación de cuidado representa más del 50% del tiempo total que pasó con el paciente) en un encuentro cara a cara entre el médico o el NPP cualificado y el paciente en la oficina/clínica o el tiempo de piso en el escenario del hospital, el código de E&M se selecciona a base del tiempo típico/promedio asociado con los niveles de códigos. La aproximación de tiempo debe cumplir con o exceder los códigos CPT específicos que se están facturando (determinado por el tiempo típico/promedio asociado con el código E&M) y no se debe redondear al próximo nivel. Más aún, en servicios E&M en donde el nivel del código se selecciona a base de tiempo, usted solamente puede reportar servicios prolongados con el nivel de código mayor en esa familia de códigos, como el código acompañante.

Ejemplos de Facturación

A continuación encontrará ejemplos de servicios prolongados facturables y no facturables.

---Servicios Prolongados Facturables

EJEMPLO 1

Un médico realizó una visita que cumplió con la definición de una visita en oficina (Código CPT 99213) y la duración total del servicio cara a cara (incluyendo la visita) fue de 65 minutos. El médico factura el Código CPT 99213 y una unidad del Código 99354.

EJEMPLO 2

Un médico realizó una visita que cumplió con la definición de una visita domiciliaria, visita en hogar de descanso (Código CPT 99327) y la duración total del contacto directo, cara a cara (incluyendo la visita) fue de 140 minutos. El médico factura los Códigos CPT 99327, 99354, y una unidad del Código 99355.

Medical Policy

Prolonged Services Associated With E&M Services Based / Counseling and/or Coordination of Care (Time-Based)

When an E&M service is dominated by counseling and/or coordination of care (the counseling and/or coordination of care represents more than 50% of the total time with the patient) in a face-to-face encounter between the physician or the qualified NPP and the patient in the office/clinic or the floor time in the scenario of an inpatient service, the E&M code is selected based on the typical/average time associated with the code levels. The time approximation must meet or exceed the specific CPT code billed (determined by the typical/average time associated with the E&M code) and should not be "rounded" to the next higher level. Further, in E&M services in which the code level is selected based on time, you may only report prolonged services with the highest code level in that family of codes as the companion code.

Billing Examples

Examples of billable and non-billable prolonged services follow.

---Billable Prolonged Services

EXAMPLE 1

A physician performed a visit that met the definition of an office visit CPT code 99213 and the total duration of the direct face-to-face services (including the visit) was 65 minutes. The physician bills CPT code 99213 and one unit of code 99354.

EXAMPLE 2

A physician performed a visit that met the definition of a domiciliary, rest home care visit CPT code 99327 and the total duration of the direct face-to-face contact (including the visit) was 140 minutes. The physician bills CPT codes 99327, 99354, and one unit of code 99355.

Cont. on next page

Política Médica

EJEMPLO 3

Un médico realizó una visita en oficina a un paciente establecido que fue predominantemente de consejería, por un período de 75 minutos de contacto directo (cara a cara) con ese paciente. El médico factura el Código 99215 y una unidad del Código 99354.

---Servicios Prolongados No Facturables

EJEMPLO 1

Un médico realizó una visita que cumplió con la definición del código de visita 99212, y la duración total del contacto directo, cara a cara (incluyendo la visita) fue de 35 minutos. El médico no puede facturar servicios prolongados debido a que la duración total del servicio cara a cara no cumplió con el límite de tiempo establecido para facturación de servicios prolongados.

EJEMPLO 2

Un médico realizó una visita que cumplió con la definición del Código 99213 y, mientras el paciente se encontraba en la oficina recibiendo tratamiento por 4 horas, la duración total del servicio cara a cara del médico fue de 40 minutos. El médico no puede facturar servicios prolongados debido a que la duración del servicio cara a cara no cumplió con el límite de tiempo establecido para facturar servicios prolongados.

EJEMPLO 3

Un médico realizó un servicio de visita subsiguiente en oficina, que fue primordialmente de consejería, donde invirtió 60 minutos (cara a cara) con el paciente. El médico no puede utilizar el código 99214, el cual tiene un tiempo típico de 25 minutos, y una unidad del código 99354. El médico debe facturar el más alto nivel del código en la familia de códigos (99215, el cual tiene 40 minutos de unidades de tiempo típico/promedio asociadas con éste). El tiempo adicional que pasó más allá de este código es 20 minutos y no cumple con el límite de tiempo para la facturación de servicios prolongados.

Medical Policy

EXAMPLE 3

A physician performed an office visit to an established patient that was predominantly counseling, spending 75 minutes (direct face-to-face) with the patient. The physician bills CPT code 99215 and one unit of code 99354.

---Non-billable Prolonged Services

EXAMPLE 1

A physician performed a visit that met the definition of visit code 99212 and the total duration of the direct face-to-face contact (including the visit) was 35 minutes. The physician cannot bill prolonged services because the total duration of direct face-to-face service did not meet the threshold time for billing prolonged services.

EXAMPLE 2

A physician performed a visit that met the definition of code 99213 and, while the patient was in the office receiving treatment for 4 hours, the total duration of the direct face-to-face service of the physician was 40 minutes. The physician cannot bill prolonged services because the total duration of direct face-to-face service did not meet the threshold time for billing prolonged services.

EXAMPLE 3

A physician provided a subsequent office visit that was predominantly counseling, spending 60 minutes (face-to-face) with the patient. The physician cannot code 99214, which has a typical time of 25 minutes, and one unit of code 99354. The physician must bill the highest level code in the code family (99215 which has 40 minutes typical/average time units associated with it). The additional time spent beyond this code is 20 minutes and does not meet the threshold time for billing prolonged services.

Cont. on next page

Política Médica

Finalmente, usted debe recordar que los Contratistas de Medicare no pagarán (ni usted puede facturar al paciente) por servicios prolongados mediante el uso de los códigos 99358 y 99359, los cuales no requieren contacto directo, cara a cara, con el paciente (ejemplo, llamadas telefónicas). Estos son servicios cubiertos por Medicare y cuyo pago se incluye junto con el pago de otros servicios facturables.

Información Adicional

Usted encontrará más información sobre la facturación de servicios prolongados mediante los códigos 99354-99359 en el CR5972, el cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1490CP.pdf>. También encontrará la actualización al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12 (*Physicians/Nonphysician Practitioners*), Sección 30.6.15.1 (*Prolonged Services With Direct Face-to-Face Patient Contact Service (Codes 99354 - 99357) (ZZZ codes)*) y Sección 30.6.15.2 (*Prolonged Services Without Direct Face-to-Face Patient Contact Services (Codes 99358 - 99359)*) como un anejo a ese CR.

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

Medical Policy

Finally, you should remember that Medicare contractors will not pay (nor can you bill the patient) for prolonged services codes 99358 and 99359, which do not require any direct patient face-to-face contact (e.g., telephone calls). These are Medicare covered services and payment is included in the payment for other billable services.

Additional Information

You can find more information about billing with prolonged services codes 99354-99359 by going to CR 5972, located at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1490CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. You will find the updated Medicare Claims Processing Manual Chapter 12 (Physicians/Nonphysician Practitioners), Sections 30.6.15.1 Prolonged Services With Direct Face-to-Face Patient Contact Service (Codes 99354 - 99357) (ZZZ codes) and 30.6.15.2 (Prolonged Services Without Direct Face-to-Face Patient Contact Services (Codes 99358 - 99359) as an attachment to that CR.

Pub. MLN5972/ Trans R1490CP / CR5972 / 04-11-08/ mlv rrc

RECORDATORIO – MEDICARE PROVEE CUBIERTA DE DETECCIÓN DE DIABETES

Proveedores Afectados

Todos los médicos que brindan servicios FFS (Fee For Service, profesionales de la salud cualificados (asistentes médicos, enfermeras especialistas, y enfermeros clínicos), proveedores y suplidores, y cualquier otro profesional de la salud que brinda o provee referidos y/o somete reclamaciones de pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

REMINDER – MEDICARE PROVIDES COVERAGE OF DIABETES SCREENING TESTS

Provider Types Affected

All Medicare fee-for-service (FFS) physicians, qualified non physician practitioners (physician assistants, nurse practitioners, and clinical nurses), providers, suppliers, and other health care professionals who furnish or provide referrals for and/or file claims for Medicare-covered diabetes screening tests.

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo no contiene información sobre nuevas políticas. El mismo sirve como recordatorio a los profesionales del cuidado de la salud y a su personal de que Medicare paga las pruebas de detección de diabetes. Para asegurar el reembolso apropiado para estas pruebas, deben utilizar los códigos de procedimiento y de diagnóstico correctos, con su modificador (cuando sea apropiado) al momento de someter reclamaciones.

Información Importante sobre Reclamaciones

Al someter reclamaciones de pruebas de detección de diabetes, utilice los siguientes Códigos HCPCS/CPT y códigos de diagnóstico para asegurar el reembolso adecuado:

Tabla 1

Códigos HCPCS/CPT y Descriptores
HCPCS/CPT Codes and Descriptors

HCPCS/CPT Codes	Code Descriptors
82947	Glucose; quantitative, blood (except reagent strip)
82950	Glucose; post glucose dose (includes glucose)
82951	Glucose; Tolerance Test (GTT), three specimens (includes glucose)

Tabla 2

Código de Diagnóstico y Descriptor
Diagnosis Code and Descriptor

Criteria	Modifier	Diagnosis Code	Code Descriptor
DOES NOT MEET	None	V77.1	To indicate that the purpose of the test(s) is for diabetes screening for a beneficiary who does not meet the *definition of pre-diabetes, screening diagnosis code V77.1 is required in the header diagnosis section of the claim.
MEET	-TS	V77.1	To indicate that the purpose of the test(s) is for diabetes screening for a beneficiary who meets the *definition of pre-diabetes, screening diagnosis code V77.1 is required in the header diagnosis section of the claim <i>and</i> modifier "TS" (follow-up service) is to be reported on the line item.

Medical Policy

Provider Action Needed

This article conveys no new policy information. This article serves as a reminder to health care professionals and their staff that Medicare pays for diabetes screening tests. To ensure proper reimbursement for these screening tests the correct procedure and diagnosis codes and modifier (when appropriate) must be used when filing claims.

Important Claim Filing Information

When filing claims for diabetes screening tests the following Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes/ Current Procedural Terminology (CPT) codes, and diagnosis codes must be used to ensure proper reimbursement:

Table 1

Cont. on next page

Política Médica

NOTA IMPORTANTE: CMS monitorea el uso de beneficios de detección y prevención. Mediante la codificación correcta para detección de diabetes y otros beneficios, los proveedores pueden ayudar a CMS a llevar un control preciso del uso de estos importantes servicios y a identificar oportunidades de mejoramiento. Al someter una reclamación de pruebas de detección de diabetes, es importante utilizar el código de diagnóstico V77.1 y el modificador “TS” en la reclamación, según se indica en la Tabla 2, junto con el Código HCPCS/CPT correcto (Tabla 1), a fin de que el proveedor/suplidor pueda recibir el reembolso correcto para el servicio de detección y no para otro tipo de servicio de prueba de diabetes.

* DEFINICIONES

Diabetes: *Diabetes mellitus*, se define como una condición de metabolismo anormal de la glucosa, diagnosticada mediante los siguientes criterios de evaluación:

- Una prueba de glucosa en ayuna, mayor que o igual a 126 mg/dL, en dos ocasiones diferentes;
- Prueba de glucosa 2 horas posterior a estímulo con glucosa, mayor a o igual a 200 mg/dL en dos ocasiones diferentes; o
- Una prueba aleatoria de glucosa de 200 mg/dL a una persona con síntomas de diabetes descontrolada.

Pre-diabetes: Una condición de metabolización anormal de glucosa diagnosticada mediante los siguientes criterios de evaluación:

- Prueba de glucosa en ayuna en sangre, de 100 hasta 125 mg/dL, o
- Prueba de glucosa 2 horas posterior a estímulo con glucosa, de 140 hasta 199 mg/dL.

El término “pre-diabetes” incluye:

- Alteración de la glucosa en ayuna; y
- Alteración de la tolerancia a la glucosa

Medical Policy

IMPORTANT NOTE: *The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) monitors the use of its preventive and screening benefits. By correctly coding for diabetes screening and other benefits, providers can help CMS to more accurately track the use of these important services and identify opportunities for improvement. When submitting a claim for a diabetes screening test it is important to use diagnosis code V77.1 and the “TS” modifier on the claim as indicated in Table 2 above along with the correct HCPCS/CPT code (Table 1) so that the provider/supplier can be reimbursed correctly for a screening service and not for another type of diabetes testing service.*

*DEFINITIONS

Diabetes: *Diabetes mellitus*, is defined as a condition of abnormal glucose metabolism diagnosed using the following criteria:

- a fasting blood glucose greater than or equal to 126 mg/dL on two different occasions;
- a 2-hour post-glucose challenge greater than or equal to 200 mg/dL on two different occasions; or
- a random glucose test over 200 mg/dL for a person with symptoms of uncontrolled diabetes.

Pre-diabetes: A condition of abnormal glucose metabolism diagnosed using the following criteria:

- a fasting glucose level of 100 to 125 mg/dL, or
- a 2-hour post-glucose challenge of 140 to 199 mg/dL.

The term “pre-diabetes” includes:

- impaired fasting glucose; and
- impaired glucose tolerance.

Cont. on next page

Política Médica

Pruebas Cubiertas

Medicare pagará por las siguientes pruebas de detección de diabetes:

- Una prueba en ayuna de glucosa en sangre, y
- Prueba de estimulación post glucosa de 2 horas, no limitado a
 - prueba oral de tolerancia de glucosa con estímulo de 75 gramos de glucosa para adultos (excluyendo a mujeres embarazadas), o
- Prueba aislada de estimulación post glucosa de 2 horas

Nota: Otras pruebas de detección de diabetes para las cuales CMS no ha indicado específicamente la cubierta nacional, continúan sin cubierta.

Elegibilidad

Los beneficiarios de Medicare que tienen cualquiera de los siguientes factores de riesgo son elegibles para el beneficio de pruebas de detección:

- Hipertensión
 - Dislipidemia
 - Obesidad (Índice de Masa Corporal equivalente a o mayor que 30 kg/m²); o
 - Identificación previa de niveles elevados o intolerancia a la glucosa.
- o

Los beneficiarios de Medicare que tienen un factor de riesgo de al menos dos de las siguientes características son elegibles para el beneficio de pruebas de detección de diabetes:

- Sobrepeso (un índice de masa corporal mayor que 25, pero menor que 30 kg/m²);
- Historial familiar de diabetes;
- 65 años de edad;
- Historial de *diabetes mellitus* gestacional, o de haber dado a luz un hijo de más de 9 libras de peso.

Medical Policy

Covered Tests

Medicare will pay for the following diabetes screening tests:

- *a fasting blood glucose test, and*
- *a post-glucose challenge test; not limited to*
 - *an oral glucose tolerance test with a glucose challenge of 75 grams of glucose for non-pregnant adults), OR*
- *a 2-hour post-glucose challenge test alone.*

Note: *Other diabetes screening tests for which the CMS has not specifically indicated national coverage continue to be non-covered.*

Eligibility

Medicare beneficiaries who have any of the following risk factors for diabetes are eligible for this screening benefit:

- *Hypertension;*
- *Dyslipidemia;*
- *Obesity (a body mass index equal to or greater than 30 kg/m²); or*
- *Previous identification of elevated impaired fasting glucose or glucose tolerance.*

or

Medicare beneficiaries who have a risk factor consisting of at least two of the following characteristics are eligible for this screening benefit:

- *Overweight (a body mass index greater than 25, but less than 30 kg/m²);*
- *A family history of diabetes;*
- *Age 65 years or older;*
- *A history of gestational diabetes mellitus, or of delivering a baby weighing greater than 9 pounds.*

Cont. on next page

Política Médica

Nota: No se permite cubierta bajo el beneficio de pruebas de detección para beneficiarios previamente diagnosticados con diabetes ya que estos pacientes no requieren dichas pruebas.

Frecuencia

Medicare provee cubierta para pruebas de detección de diabetes con la siguiente frecuencia:

Beneficiarios diagnosticados con pre-diabetes:

Medicare provee cubierta para un máximo de dos (2) pruebas de detección de diabetes por año calendario (pero con una separación mínima de 6 meses) para beneficiarios diagnosticados con pre-diabetes.

Beneficiarios previamente examinados pero que no han sido diagnosticados con pre-diabetes o quienes nunca han sido examinados:

Medicare provee cubierta para una prueba de detección de diabetes por año (ejemplo, que hayan transcurrido por lo menos 11 meses de la última prueba cubierta por Medicare) para beneficiarios que han sido previamente examinados y que no fueron diagnosticados con pre-diabetes o a quienes nunca se les ha realizado las pruebas.

Nota: El beneficiario de Medicare debe tener un referido de su médico o profesional de la salud cualificado para que se le realicen las pruebas de detección de diabetes. El servicio de detección de diabetes cubierto por Medicare es un servicio independiente, facturado por separado del examen físico preventivo inicial (también conocido como el Examen Físico de Bienvenida a Medicare) y no tiene que ser realizado en los primeros seis meses de cubierta del beneficiario de Medicare bajo la Parte B.

Información Adicional

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

Medical Policy

Note: No coverage is permitted under the screening benefit for beneficiaries previously diagnosed with diabetes since these individuals do not require screening.

Frequency

Medicare provides coverage for diabetes screening tests with the following frequency:

Beneficiaries diagnosed with pre-diabetes:

Medicare provides coverage for a maximum of two diabetes screening tests per calendar year (but not less than 6 months apart) for beneficiaries diagnosed with pre-diabetes.

Beneficiaries previously tested but not diagnosed with pre-diabetes or who have never been tested:

Medicare provides coverage for one diabetes screening test per year (i.e., at least 11 months have passed following the month in which the last Medicare-covered diabetes screening test was performed) for beneficiaries who were previously tested and who were not diagnosed with pre-diabetes, or who have never been tested.

Note: The Medicare beneficiary must be provided with a referral by a physician or qualified non-physician practitioner for the diabetes screening test(s). The diabetes screening service covered by Medicare is a stand alone billable service separate from the initial preventive physical examination (also referred to as the Welcome to Medicare Physical Examination) and does not have to be obtained within the first six months of a beneficiary's Medicare Part B coverage.

Additional Information

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

Pub. SE821 / mlv rrc

Política Médica

PRODUCTOS DERIVADOS DE SANGRE PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CRÓNICAS QUE NO SANAN

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por servicios brindados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6043, el cual provee la política actualizada de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) sobre productos autólogos derivados de sangre para lesiones crónicas que no sanan.

Lo Que Usted Necesita Saber

Vigente el 19 de marzo de 2008, CMS está manteniendo su determinación actual de no cubierta de plasma enriquecida en plaquetas autólogas para el tratamiento de lesiones cutáneas crónicas, que no sanan, y la publicación de determinación de no cubierta para lesiones quirúrgicas agudas cuando el PRP autólogo se aplica directamente la incisión cerrada y para lesiones dehiscentes.

Lo Que Usted Necesita Hacer

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

Trasfondo

En el año 1992, CMS emitió una determinación nacional de no cubierta para fórmulas autólogas de curación de lesiones, derivadas de plaquetas, con la intención de tratar a pacientes con lesiones crónicas, que no sanan.

Medical Policy

BLOOD-DERIVED PRODUCTS FOR CHRONIC, NON-HEALING WOUNDS

Provider Types Affected

Physicians, 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.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 6043 which provides the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) updated policy regarding autologous blood-derived products for chronic, non-healing wounds.

What You Need to Know

Effective March 19, 2008, CMS is maintaining its current non-coverage determination for autologous platelet rich plasma (PRP) for the treatment of chronic, non-healing cutaneous wounds, and issuing a non-coverage determination for acute surgical wounds when the autologous PRP is applied directly to the closed incision and for dehiscent wounds.

What You Need to Do

See the Background and Additional Information Sections of this article for further details.

Background

In 1992, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued a national non-coverage determination for autologous, platelet-derived wound healing formulas intended to treat patients with chronic, non-healing wounds.

Cont. on next page

Política Médica

En diciembre de 2003, CMS publicó una determinación nacional de no cubierta para el uso de Plasma Autólogo Enriquecido en Plaquetas (PRP) para el tratamiento de lesiones cutáneas crónicas, que no sanan, excepto para costos de rutina que se usan de acuerdo con la política de pruebas clínicas definidas en el *Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual* (Sección 310.1; refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/ncd103c1_Part4TXT.pdf).

En abril de 2005, CMS publicó un NCD para corregir la cubierta local potencialmente errónea de *becaplermin*, un factor de crecimiento no autólogo para lesiones subcutáneas crónicas que no sanan, estableciendo que, debido a que la misma usualmente se auto administra, permanecería sin cubierta nacional bajo la Parte B, basado en la Sección 1861(s)(2)(A) y (B) del Acta de Seguro Social. Refiérase al siguiente enlace en la Internet: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.htm.

El 19 de marzo de 2008, CMS publicó un Memorando de Decisión luego de un Análisis de Cubierta Nacional, para evaluar el uso de productos autólogos derivados de sangre para el tratamiento de lesiones cutáneas crónicas, que no sanan, específicamente el uso de PRP autólogo para el tratamiento de lesiones severas cuando se aplica PRP directamente al lugar de la incisión cerrada, o para lesiones dehiscentes.

CMS determinó que la evidencia es inadecuada para concluir que el uso de productos PRP autólogos para el tratamiento de lesiones cutáneas crónicas, que no sanan, lesiones quirúrgicas agudas, cuando el producto autólogo PRP se aplica directamente a la incisión cerrada, o a lesiones dehiscentes, mejora los resultados de salud en la población de beneficiarios de Medicare.

Por tanto, vigente el 19 de marzo de 2008, CMS está manteniendo su determinación actual de no cubierta para productos PRP autólogos para el tratamiento de lesiones cutáneas crónicas, que no sanan, y está emitiendo una

Medical Policy

In December 2003, CMS issued a national non-coverage determination for use of autologous platelet rich plasma (PRP) for the treatment of chronic non-healing cutaneous wounds except for routine costs when used in accordance with the clinical trial policy defined in the Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual (Section 310.1; see http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/ncd103c1_Part4TXT.pdf on the CMS website).

In April 2005, CMS issued an NCD to correct the erroneous potential for local coverage of becaplermin, a non-autologous growth factor for chronic non-healing subcutaneous wounds, stating that, because it is usually self-administered, it would remain nationally non-covered under Part B based on the Social Security Act (Section 1861(s)(2)(A) and (B); see http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.htm on the Internet).

On March 19, 2008, CMS issued a Decision Memorandum following a National Coverage Analysis to evaluate the use of autologous blood-derived products for the treatment of chronic, non-healing cutaneous wounds, specifically the use of autologous PRP for the treatment of acute wounds where PRP is applied directly to the closed incision site, or for dehiscent wounds.

CMS determined that the evidence is inadequate to conclude that autologous PRP for the treatment of chronic non-healing cutaneous wounds, acute surgical wounds when the autologous PRP is applied directly to the closed incision, or dehiscent wounds, improves health outcomes in the Medicare population.

Therefore, effective March 19, 2008, CMS is maintaining its current non-coverage determination for autologous PRP for the treatment of chronic, non-healing cutaneous wounds, and issuing a non-coverage

Cont. on next page

Política Médica

determinación de no cubierta para lesiones quirúrgicas agudas cuando el producto autólogo PRP se aplica directamente a la incisión cerrada y para lesiones dehiscentes. Vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 19 de marzo de 2008, el uso de productos autólogos PRP para el tratamiento de lesiones quirúrgicas agudas cuando el PRP se aplica directamente a la incisión cerrada, o en lesiones dehiscentes, será denegado por los Contratistas de Medicare.

Información Adicional

El CR6043 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI y A/B MAC respecto a este cambio. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R83NCD.pdf>.

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

Medical Policy

determination for acute surgical wounds when the autologous PRP is applied directly to the closed incision and for dehiscent wounds. Effective for claims with dates of service on or after March 19, 2008, the use of autologous PRP for the treatment of acute surgical wounds where the PRP is applied directly to the closed incision, or dehiscent wounds, will be denied by Medicare contractors.

Additional Information

The official instruction, CR 6043, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R83NCD.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6043/ Trans R38NCD / CR6043 / 05-02-08/ mlv rrc

DENEGACIONES INAPROPIADAS DE RECLAMACIONES DE ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA) DE LAS ARTERIAS CARÓTIDAS CONCURRENTES CON UN “STENTING” A BASE DE LAS FECHAS DE RECERTIFICACIÓN DE LA INSTALACIÓN

Proveedores Afectados

Médicos y hospitales que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios de Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA por sus siglas en inglés) suministrados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

Debe estar informado que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) utilizarán el CR6046 para recordar

INAPPROPRIATE DENIALS OF CLAIMS FOR PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) OF CAROTID ARTERIES CONCURRENT WITH STENTING BASED ON FACILITY RECERTIFICATION DUE DATES

Provider Types Affected

Physicians and hospitals who submit claims to Medicare Carriers, fiscal intermediaries (FIs) and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for PTA services provided to Medicare beneficiaries.

What Providers Need to Know

Be aware that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) using Change Request (CR) 6046 reminds providers and Medicare contractors that certifying and

Cont. on next page

Política Médica

a los proveedores y a los Contratistas de Medicare que la certificación y recertificación de instalaciones para el pago de Medicare se encuentra únicamente bajo la jurisdicción de CMS. Cuando CMS certifica una instalación, el nombre y fecha de vigencia aparecen en la lista de instalaciones aprobadas en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilities/CASF/list.asp>. Si CMS no aprueba una instalación en cualquier momento, la instalación se coloca en una lista separada de instalaciones previamente aprobadas, indicando el periodo de tiempo durante el cual la instalación fue certificada (también disponible en el sitio Web mencionado arriba). Por lo tanto, mientras la instalación aparezca en la lista de instalaciones aprobadas, se considera certificada por CMS, aunque este pendiente del estatus de recertificación. Se espera que sus contratistas de Medicare consulten las dos listas de instalaciones al determinar el estatus de certificación y no deben denegar reclamaciones a base de otros factores de certificación, como éditos de fecha de expiración aplicados erróneamente.

Todos los requisitos contenidos en el CR3811 y en el CR5660 permanecen vigentes. Usted puede evaluar el artículo MM5660, de un tema relacionado, el cual aclara la política de determinación de cubierta nacional (NCD por sus siglas en inglés) para el PTA en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5660.pdf>, y el artículo MM3831, el cual resume la política NCD inicial para el PTA en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf>.

Trasfondo

Este artículo se basa en el CR6046 y en el mismo CMS indica que tiene conocimiento de que algunos contratistas están aplicando incorrectamente los requisitos de certificación inicial y recertificación en el CR3811 y en el CR5660, respectivamente. Por ende, están denegando reclamaciones inapropiadamente cuando una instalación no es recertificada inmediatamente al final del periodo de dos años.

Medical Policy

recertifying facilities for Medicare payment is solely under CMS jurisdiction. When CMS certifies a facility, the facility name and effective date appear on a list of approved facilities located at <http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilities/CASF/list.asp> on the CMS website. If CMS disapproves a facility at any time, that facility is placed on a separate list of formerly approved facilities indicating the time period during which the facility was certified (also accessible on the above-noted website). Therefore, as long as a facility appears on the approved list, it is considered certified by CMS whether or not recertification is in pending status. Your Medicare contractors are expected to consult the two facility lists in determining certification status and they should not deny claims based on any other certification factors such as erroneously applied expiration date edits.

All requirements contained in CR 3811 and CR 5660 remain in effect. You may review related articles MM5660, which clarifies the national coverage determination (NCD) policy for PTA at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5660.pdf> on the CMS website, and MM3811, which outlines the initial NCD policy for PTA at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf> on the CMS website.

Background

This article is based on CR 6046 and in this article CMS states that it has come to their attention that some contractors are misapplying the initial certification and recertification requirements contained in CR 3811 and CR 5660, respectively, thereby inappropriately denying claims when a facility is not immediately recertified at the end of a 2-year period.

Cont. on next page

Política Médica

Vigente el 17 de marzo de 2005, CMS revisó el NCD para el PTA de la arteria carótida concurrente con la colocación de un “stent” de carótida aprobado por la FDA para ciertos beneficiarios en alto riesgo de endarterectomía carótida. El 22 de abril de 2005, CMS publicó el CR3811 para implementar el NCD 20.7 que incluye pasos detallados que las instalaciones deben seguir para obtener certificación de CMS para realizar este procedimiento.

El 30 de abril de 2007, como resultado de una petición de reconsideración del NCD 20.7, CMS publicó una decisión final de que la política vigente de cubierta permanecería sin cambios. El CR5660 fue subsiguientemente publicado el 12 de septiembre de 2007, reiterando dicha decisión. El CR5660 también hizo revisiones aclaratorias al NCD 20.7 que incluyeron pasos adicionales y detallados para la recertificación que una instalación debe seguir cada 2 años para que Medicare le otorgue cubierta de procedimientos CAS (*Carotid Artery Stenting*).

Información Adicional

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

Puede ver la instrucción oficial (CR6046) enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R349OTN.pdf>.

Medical Policy

Effective March 17, 2005, CMS revised the NCD for PTA of the carotid artery concurrent with placement of an FDA-approved carotid stent for certain beneficiaries at high risk for carotid endarterectomy. On April 22, 2005, CMS issued change request (CR) 3811 to implement NCD 20.7, which included detailed steps facilities must follow to become certified by CMS to perform this procedure.

On April 30, 2007, as a result of a request for reconsideration of NCD 20.7, CMS posted a final decision that the current coverage policy would remain unchanged. CR 5660 was subsequently released on September 12, 2007, reiterating its decision. CR 5660 also made clarifying revisions to NCD 20.7 which included additional, detailed recertification steps a facility must follow every 2 years in order to maintain Medicare coverage of carotid artery stenting (CAS) procedures.

Additional Information

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

You may see the official instruction (CR6046) issued to your Medicare Carrier, FI, or A/B MAC, by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R349OTN.pdf> on the CMS website.

Pub. MLN6046/ Trans R349OTN / CR6046 / 06-06-08/ mlv rrc

USO DE LOS PARÁMETROS DE PRÁCTICA DE LA SOCIEDAD PROFESIONAL EN LA ADMINISTRACIÓN ADECUADA DE INMUNOTERAPIA CON ALERGENOS A BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores que someten reclamaciones de Medicare por proveer Inmunoterapia de Alergenos a beneficiarios de Medicare.

USE OF PROFESSIONAL SOCIETY PRACTICE PARAMETERS IN PROPERLY PROVIDING ALLERGEN IMMUNOTHERAPY TO MEDICARE BENEFICIARIES

Provider Types Affected

All physicians and providers who submit Medicare claims for providing Allergen Immunotherapy to Medicare Beneficiaries.

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo de Edición Especial (SE 0812) se publica en respuesta a recomendaciones hechas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés), la Oficina del Inspector General (OIG por sus siglas en inglés) en el informe de 2006 titulado “*Allergen Immunotherapy for Medicare Beneficiaries*”. Este artículo provee guías y recursos desarrollados por sociedades profesionales, para los contratistas y proveedores de Medicare a fin de que puedan determinar las medidas más apropiadas de la inmunoterapia con alérgenos a beneficiarios de Medicare.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) no tienen una Determinación Nacional de Cubierta (NCD por sus siglas en inglés) que identifique los criterios de cubierta nacional para servicios de inmunoterapia con alérgenos. Actualmente, la cubierta de los servicios de inmunoterapia con alérgenos está sujeta a la discreción del Contratista local de Medicare. En el informe titulado “*Allergen Immunotherapy for Medicare Beneficiaries*” y publicado por el DHHS en febrero de 2006, la OIG identificó áreas de vulnerabilidad para Medicare debido a insuficiencia de información disponible sobre cubierta, codificación y requisitos de documentación para los médicos que proveen servicios de inmunoterapia con alérgenos a beneficiarios de Medicare.

Puntos Clave

- Debido a que la inmunoterapia con alérgenos puede variar significativamente a base de localidades geográficas, CMS, con el apoyo del *Joint Council of Allergy, Asthma, and Immunology* (JCAAI), decidió que un NCD no era el mejor mecanismo para brindar cubierta a beneficiarios a través de la nación.
- CMS determinó que la discreción del contratista para determinar la cubierta del servicio de inmunoterapia con alérgenos es lo más apropiado.

Medical Policy

Provider Action Needed

This special edition (SE) article SE0812 is in response to recommendations made by the Department of Health and Human Services (DHHS), Office of Inspector General (OIG) in its 2006 “Allergen Immunotherapy for Medicare Beneficiaries” report. This article provides guidance and resources, developed by professional societies, for Medicare contractors and providers in determining the most appropriate provisions of allergen immunotherapy to Medicare beneficiaries.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) does not have a national coverage determination (NCD) that identifies national coverage criteria for allergen immunotherapy services. Currently coverage of allergen immunotherapy services is at the local Medicare contractor’s discretion. The February 2006 “Allergen Immunotherapy for Medicare Beneficiaries” report released by the DHHS, OIG identified areas of Medicare vulnerability due to insufficient available information regarding coverage, coding, and documentation requirements for physicians who provide allergen immunotherapy to Medicare beneficiaries.

Key Points

- *Because allergen immunotherapy may vary significantly based on geographical locations, CMS, with the support of the Joint Council of Allergy, Asthma, and Immunology (JCAAI), decided that an NCD was not the best mechanism for providing coverage to beneficiaries throughout the nation.*
- *CMS determined that contractor discretion for coverage of allergen immunotherapy is most appropriate.*

Cont. on next page

Política Médica

- Al no existir un NCD, los Contratistas de Medicare pueden desarrollar sus propias determinaciones de cubierta local (LCDs por sus siglas en inglés).
- Aunque estas políticas pueden variar entre contratistas, CMS recomienda fuertemente a los médicos que proveen el servicio de inmunoterapia con alérgenos a seguir de cerca los parámetros de la práctica acordados y endosados por las sociedades profesionales que representan las prácticas de alergia, asma e inmunología (por ejemplo, el *Joint Council of Allergy, Asthma, and Immunology* (JCAAI)), siempre que dichos parámetros caigan dentro de los criterios de cubierta para los LCDs aplicables.
- Puede encontrar los parámetros de práctica específicos en el sitio Web de JCAAI (<http://www.jcaai.org/>). Es importante que todos los profesionales de la salud y proveedores las estudien y las entiendan.

Información Adicional

El sitio Web de CMS provee una base de datos para la búsqueda de LCDs, que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>.

Los proveedores también pueden evaluar el Manual de NCDs de Medicare, que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp>.

Medical Policy

- *Without an NCD, Medicare contractors may develop their own local coverage determinations (LCDs).*
- *While these policies may vary between contractors, CMS strongly encourages physicians who provide allergen immunotherapy to closely follow practice parameters agreed upon and endorsed by the professional societies that represent allergy, asthma, and immunology practitioners (like the Joint Council of Allergy, Asthma, and Immunology (JCAAI)), as long as those parameters fall within the coverage criteria of applicable LCDs.*
- *Specific practice parameters are provided on the JCAAI website at <http://www.jcaai.org/> and are important for all practitioners and providers to study and understand.*

Additional Information

The CMS website provides a searchable database of LCDs, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp> on the CMS website.

Providers may also wish to review the Medicare NCD Manual, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp> on the CMS site.

Pub. SE812 / mlv rrc

Políticas de Pago

ARCHIVO DE PAGO TRIMESTRAL DE JULIO 2008 DE ASP PARA ARCHIVOS DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE Y REVISIONES PREVIOS ARCHIVOS TRIMESTRALES DE PRECIOS

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [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], o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR6049, del cual se deriva este artículo, instruye a los Contratista de Medicare a descargar e implementar el Archivo de Precios de Medicamentos ASP para Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de julio 2008, así como revisiones que CMS haya publicado a los archivos de precios de medicamentos ASP de abril 2008, enero 2008, enero 2007, abril 2007, julio 2007 y octubre 2007.

La Sección 303(c) del *Medicare Modernization Act* (MMA) de 2003, revisó la metodología de pago para medicamentos cubiertos bajo la Parte B que no son pagaderos a base del sistema de costo o del sistema prospectivo de pago. A partir del 1 de enero de 2005, la gran mayoría de medicamentos y biológicos no pagaderos a base del sistema de costo o del sistema prospectivo de pago serán pagados a base de la metodología del Precio Promedio de Ventas (ASP), y el precio de medicamentos compuestos lo determinará el contratista local.

Billing Policies

JULY 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 6049, from which this article is taken, instructs Medicare contractors to download and implement the July 2008 Average Sales Price (ASP) drug pricing file for Medicare Part B drugs; and if released by CMS, also the revised April 2008, January 2008, January 2007, April 2007, July 2007, and October 2007 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

Políticas de Pago

De igual manera, a partir del año 2006, todos los medicamentos ESRD suministrados tanto por instalaciones ESRD hospitalarias o independientes, así como medicamentos ambulatorios cubiertos; y medicamentos y biológicos con estatus “pass-through” bajo el sistema OPPS, serán pagados de acuerdo a la metodología ASP.

La metodología ASP se basa en datos suministrados trimestralmente a CMS por los fabricantes de medicamentos, los cuales CMS entonces suministra (trimestralmente) a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, DME MACs, FIs, A/B MACs, y/o RHHIs) mediante los archivos de precio 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 del Acta de Seguro Social. Como parte del esfuerzo para asegurar cumplimiento con este requisito, CMS también ha evaluado cómo los términos “single source drugs”, “multiple source drugs” y “biologicals products” 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 un proceso de múltiples pasos que tomará en consideración lo siguiente:

- 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 los siguientes se basará en la información de precios para productos mercadeados o vendidos bajo la aprobación aplicable de la FDA:

- 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 a partir del 1 de octubre de 2003; o

Billing Policies

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:

- *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*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Un medicamento “single source” (un medicamento para el cual no hay dos o más productos que se clasifican como equivalentes terapéuticos en la más reciente edición del *Orange Book* de la FDA), inicialmente vendido en los Estados Unidos a partir 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”.

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 prospectivo de pago, serán el 106% del Precio Promedio de Venta (ASP). Más aún, a partir del 1 de enero de 2006, los límites de pago se basan en el 106% del ASP para los siguientes:

- Medicamentos ESRD (cuando se facturan por separado por instalaciones ESRD independientes u hospitalarias); y
- Medicamentos ambulatorios específicos con cubierta, así como medicamentos y biológicos con estatus “pass through” bajo el sistema OPSS.

Comenzando el 1 de enero de 2008, bajo el OPSS, los límites de pago para medicamentos ambulatorios específicos con cubierta se pagarán 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 (excepto factores de coagulación) que no son pagaderos a base de un sistema prospectivo de pago, son el 95% del AWP, según se refleja en el compendio publicado. Los límites de pago se actualizan trimestralmente. La sangre y productos sanguíneos suministrados a pacientes

Billing Policies

- *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 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*

Cont. on next page

Políticas de Pago

ambulatorios de un hospital se pagan a base del sistema de pago prospectivo (OPPS) de acuerdo a las cantidades especificadas en el *Ambulatory Payment Class* (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 de 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.
- Los límites de pago para las vacunas de influenza, neumococo y Hepatitis B son el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado, excepto en el caso de vacunas administradas en el departamento ambulatorio de un hospital, en cuyo caso se pagará a base de costo razonable.
- Los límites de pago para medicamentos y biológicos no incluidos en el Archivo de Precios de Medicamentos ASP de la Parte B de Medicare, o medicamentos NOC (*Not Otherwise Classified*), aparte de medicamentos y biológicos nuevos producidos o distribuidos bajo un nuevo uso (o aplicación) de un medicamento ya aprobado por la FDA, estarán basados en el costo de adquisición del mayorista (WAC) o el precio de factura, excepto bajo el sistema OPPS donde el límite de pago es el 95% del AWP publicado. Al determinar el límite de pago basado en el AWP, los contratistas de Medicare siguen la metodología establecida en el *Medicare Claims Processing Manual*,

Billing Policies

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 are not being 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 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*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Capítulo 17, (*Drugs and Biologicals*), para calcular el AWP, pero sustituyen el WAC por el AWP. El límite de pago es el 100% del precio menor WAC de marca, o la mediana del precio WAC del producto genérico. Para 2006, el precio de suministro de 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 ASP. Para 2007, el precio de suministro de factor de coagulación 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 ASP. Para 2008, el precio de suministro de factor de coagulación 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 ASP.

- Los límites de pago para biológicos y medicamentos nuevos que se producen o distribuyen bajo una aplicación de medicamento nuevo (u otra aplicación nueva) aprobado por la FDA y que no están incluidos en el Archivo de Precios ASP de Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare o el Archivo de Medicamentos NOC, se basan el 106% del WAC, o el precio de factura, si el WAC no está publicado, excepto bajo el OPPS cuando el límite de pago es el 95% del AWP publicado. Esta política aplica solamente a biológicos y medicamentos nuevos que se vendieron por primera vez 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 vigente en noviembre de 2003, en caso de radiofármacos suministrados en otro lugar que no sea el departamento ambulatorio de un hospital. Los radiofármacos suministrados el departamento ambulatorio de un hospital se pagan a base de cargos reducidos al costo, según la proporción total de costos que cobra el hospital.

Billing Policies

specified in the Medicare Claims Processing Manual, 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 department. Radiopharmaceuticals furnished in the hospital outpatient department are paid charges reduced to cost by the hospital's overall cost to charge ratio.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

A partir del 16 de junio de 2008, usted podrá descargar el archivo de precios ASP de julio 2008, junto con otras revisiones a archivos ASP previos, si CMS determina que tales revisiones son necesarias. A partir del 16 de junio de 2008, el Archivo ASP de Medicamentos NOC de julio 2008 estará disponible en el sitio Web ASP de CMS, junto a las revisiones previas a los archivos de precio ASP NOC. Los límites de pago incluidos en los archivos de pago ASP y NOC sustituyen los límites de pago para dichos códigos que se hayan publicado previamente.

Los archivos de pago se aplicarán a reclamaciones de pago procesadas o reprocesadas a partir de la fecha de implementación del CR6049, para las fechas de servicio que se mencionan en la siguiente tabla:

Payment Allowance Limit Revision Date	Applicable Dates of Service
July 2008 ASP and ASP NOC files	July 1, 2008 through September 30, 2008
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

NOTA: La ausencia o presencia de un código HCPCS y su límite de pago asociado no indica cubierta de Medicare de un medicamento o biológico. Igualmente, la inclusión de un límite de pago en una columna específica no es indicativo de que Medicare cubre el medicamento en esa categoría específica. El contratista local de Medicare que procesa la reclamación hace tales determinaciones.

Medicamentos Suministrados Durante Llenado o Rellenado de Bomba de Implante o Reserva

A los médicos se les puede pagar por el servicio de llenado o relleno de una bomba implantable o tanque de reserva, cuando el médico (u otro profesional de la salud) lo considere médicamente necesario. Los contratistas de Medicare deben determinar si el uso de una bomba implantable o tanque de reserva es médicamente razonable y necesario a fin de permitir el pago por el servicio profesional del llenado o relleno del equipo, y para permitir el pago de medicamentos suministrados incidentalmente a la prestación del servicio profesional.

Billing Policies

On or after June 16, 2008, the July 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 June 16, 2008, the July 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 CR6049 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.*

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.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Si un médico (u otro profesional de la salud) está recetando medicamentos a un paciente con una bomba implantable, un/a enfermero/a puede realizar el llenado de 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 se requieren las destrezas de un/a enfermero/a para la infusión segura y efectiva del medicamento. El pago de medicamentos suministrados incidentalmente al servicio de llenado o rellenado de una bomba implantable o tanque de reserva se determinará haciendo uso de la metodología ASP descrita aquí. Note que el Contratista Local realizará el cálculo para medicamentos compuestos.

Información Adicional

Para ver la instrucción oficial (CR6049) enviada a su Contratista de Medicare, accede el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1529CP.pdf>.

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

Billing Policies

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 (CR6049) issued to your Medicare contractor visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1529CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6049/ Trans R1529CP / CR6049 / 06-06-08/ mlv rrc

NUEVOS CÓDIGOS HCPCS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE ABRIL 2008

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5981, el cual instruye a los Contratistas de Medicare a implementar los cambios en los códigos HCPCS

NEW HCPCS CODES FOR THE APRIL 2008 UPDATE

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), Fiscal Intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and/or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)) for services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5981, which instructs Medicare Contractors to implement Healthcare Common

Cont. on next page

Políticas de Pago

que entran en vigor el 1 de abril de 2008. Asegúrese que el personal encargado de facturación en su oficina tenga conocimiento de estos cambios.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) actualizan el grupo de códigos HCPCS (*Healthcare Common Procedure Coding System*) trimestralmente.

Vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de abril de 2008, los siguientes códigos HCPCS ya no serán pagaderos por parte de Medicare:

HCPCS Code	Short Description	Long Description
J7602	Albuterol inh non-comp con	ALBUTEROL, ALL FORMULATIONS INCLUDING SEPARATED ISOMERS, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, CONCENTRATED FORM, PER 1 MG (ALBUTEROL) OR PER 0.5 MG (LEVALBUTEROL)
J7603	Albuterol inh non-comp u d	ALBUTEROL, ALL FORMULATIONS INCLUDING SEPARATED ISOMERS, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, UNIT DOSE, PER 1 MG (ALBUTEROL) OR PER 0.5 MG (LEVALBUTEROL)
J1751	Iron dextran 165 injection	INJECTION, IRON DEXTRAN 165, 50 MG
J1752	Iron dextran 267 injection	INJECTION, IRON DEXTRAN 267, 50 MG

Vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2008, Medicare pagará los siguientes códigos HCPCS:

HCPCS Code	Short Description	Long Description
J7611	Albuterol non-comp con	ALBUTEROL, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, CONCENTRATED FORM, 1MG
J7612	Levalbuterol non-comp con	LEVALBUTEROL, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, CONCENTRATED FORM, 0.5 MG
J7613	Albuterol non-comp unit	ALBUTEROL, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, UNIT DOSE, 1MG

Billing Policies

Procedure Coding System (HCPCS) code changes effective April 1, 2008. Make sure that your billing staffs are aware of these changes.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) updates the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code set on a quarterly basis.

Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2008, the following HCPCS codes will no longer be payable for Medicare:

Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2008, the following HCPCS codes will be payable for Medicare:

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

HCPCS Code	Short Description	Long Description
J7614	Levalbuterol non-comp unit	LEVALBUTEROL, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, UNIT DOSE, 0.5 MG
Q4096	VWF complex, NOS	INJECTION, VON WILLEBRAND FACTOR COMPLEX, HUMAN, RISTOCETIN COFACTOR (NOT OTHERWISE SPECIFIED), PER I.U. VWF:RCO
Q4097	Inj IVIG Privigen 500 mg	INJECTION, IMMUNE GLOBULIN (PRIVIGEN), INTRAVENOUS, NON-LYOPHILIZED (E.G., LIQUID), 500 MG
Q4098	Inj iron dextran	INJECTION, IRON DEXTRAN, 50MG
Q4099	Formoterol fumarate, inh	FORMORETOL FUMARATE, INHALATION SOLUTION, FDA-APPROVED FINAL PRODUCT, NON-COMPOUNDED, ADMINISTERED THROUGH DME, UNIT DOSE FORM, 20 MICROGRAMS

Actualmente, Alphanate® es el único producto que se debe facturar usando el código Q4096. El Código J7190 debe continuarse facturando cuando se suministra Alphanate® para propósitos de administración del Factor VIII. La tarifa de administración de factores de coagulación es pagadera cuando se permite el pago del código Q4096. Cuando se incluye un límite de pago para el código Q4096 en los archivos de pago trimestrales de Medicamentos cubiertos bajo la Parte B, el límite de pago incluirá el pago de la tarifa de administración de factores de coagulación.

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2008, los requisitos establecidos en el CR5713 (refiérase al artículo MLN Matters para el CR5713, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5713.pdf>) se actualizan mediante el CR5981 para que apliquen a reclamaciones que facturan Inmunoglobulinas Intravenosas (IVIG por sus siglas en inglés) haciendo uso del código Q4097, como sigue:

- Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2008, los Contratistas:
 - Solamente pagarán una reclamación para servicios relacionados a pre-administración (Código G0332) asociados con la administración de IVIG si el código G0332, el medicamento (IVIG, Códigos HCPCS:

Currently, Alphanate® is the only product that should be billed using code Q4096. J7190 should continue to be billed when Alphanate® is furnished for purposes of administering Factor VIII. The blood clotting furnishing fee is payable when payment is allowed for Q4096. When a payment allowance limit for Q4096 is included on the quarterly Part B drug pricing files, the payment allowance limit will include payment for the blood clotting furnishing fee.

Effective for dates of service on or after April 1, 2008, the requirements under CR 5713 (See the MLN Matters article for CR5713, which is at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5713.pdf> on the CMS website) are being updated by CR 5981 to apply to claims that bill Intravenous Immunoglobulins (IVIG) using Q4097 as follows:

- *Effective for dates of service on or after April 1, 2008, Medicare Contractors will:*
 - *Only pay a claim for preadministration-related services (G0332) associated with IVIG administration if G0332, the drug (IVIG, HCPCS codes: J1566,*

Cont. on next page

Políticas de Pago

J1566, J1568, J1569, J1561, J1572 y/o Q4097), y el servicio de administración del medicamento, son todos facturados en la misma reclamación para la misma fecha de servicio.

- Devolverán reclamaciones institucionales para el Código G0332 al proveedor si los códigos J1566, J1568, J1569, J1561, J1572 y/o Q4097 y el servicio de administración del medicamento no son también facturados por la misma fecha de servicio en la misma reclamación.
- Rechazarán reclamaciones profesionales para los códigos G0332, como no procesables, si los códigos J1566, J1568, J1569, J1561, J1572 y/o Q4097 y el servicio de administración del medicamento no son facturados para la misma fecha de servicio en la misma reclamación; y
- Usarán los mensajes de razón/comentario apropiados, tales como: M67 **“Carece de otros códigos de procedimiento”** y/o 16 **“Reclamación/Servicio carece de información”** necesaria para la adjudicación al momento de devolver/rechazar reclamaciones.

Información Adicional

El CR5981 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI, RHHI, A/B MAC, y DME MAC sobre estos cambios. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1492CP.pdf>.

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

Billing Policies

J1568, J1569, J1561, J1572 and/or Q4097), and the drug administration service are all billed on the same claim for the same date of service;

- Return institutional claims for G0332 to the provider if J1566, J1568, J1569, J1561, J1572 and/or Q4097 and a drug administration service are not also billed for the same date of service on the same claim;*
- Reject professional claims as unprocessable for G0332 if J1566, J1568, J1569, J1561, J1572 and/or Q4097 and a drug administration service are not billed for the same date of service on the same claim; and*
- Use the appropriate reason/remark messages such as: M67 “Missing other procedure codes” and/or 16 “Claim/service lacks information” which are needed for adjudication when claims are returned/rejected.*

Additional Information

The official instruction, CR 5981, issued to your carrier, FI, RHHI, A/B MAC, and DME MAC regarding these changes may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1492CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5981/ Trans R1492CP / CR5981 / 04-18-08/ mlv rrc

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2008 DEL MANUAL DE TARIFAS FIJAS PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICO, ORTÓTICO Y SUMINISTROS (DMEPOS)

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), y/o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por concepto de equipo DMEPOS suministrado a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6022, el cual brinda información sobre la actualización trimestral del Manual de Tarifas Fijas DMEPOS de Julio 2008, a fin de implementar las cantidades de tarifa fija para códigos nuevos y para revisar cualquier cantidad de tarifa fija para códigos existentes que hayan sido calculados erróneamente. Asegúrese que el personal encargado de facturación en su oficina esté enterado de estos cambios.

Trasfondo

Esta notificación recurrente de actualización (CR6022) brinda instrucciones específicas sobre la actualización trimestral de julio de 2008 al Manual de Tarifas Fijas DMEPOS. Se requiere el pago a base de tarifa fija para equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés), aparatos protéticos, ortóticos, prótesis, y vendajes quirúrgicos, de acuerdo a la Sección §1834(a), (h), e (i) del Acta de Seguro Social. También se requiere el pago a base de tarifa fija para nutrición enteral y parenteral (PEN por sus siglas en inglés), de acuerdo a las regulaciones contenidas en el 42 CFR 414.102.

Billing Policies

JULY QUARTERLY UPDATE FOR 2008 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE

Provider Types Affected

Providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), Fiscal Intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and/or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)) for DMEPOS provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 6022, which provides the quarterly update to the July 2008 DMEPOS fee schedules in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error. Be sure your billing staffs are aware of these changes.

Background

This recurring update notification, CR6022, provides specific instructions regarding the July quarterly update for 2008 for the DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by §1834(a), (h), and (i) of the Social Security Act. Payment on a fee schedule basis is required for parenteral and enteral nutrition (PEN) by regulations contained at 42 CFR 414.102.

Cont. on next page

Políticas de Pago

El proceso de actualización del Manual de Tarifas Fijas DMEPOS se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 23, Sección 60, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>. Existe más información sobre tarifas fijas, incluyendo acceso a las tarifas fijas DMEPOS, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01_overview.asp.

Puntos Claves

- Los siguientes códigos HCPCS fueron añadidos al archivo de códigos HCPCS vigente el 1 de enero de 2008 y las cantidades de tarifa fija para esos códigos HCPCS pueden ser establecidas como parte de esta actualización y tienen vigencia para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2008.

Code	Description	Code	Description
A5083	Continent device, stoma absorptive cover for continent stoma.	E0856	Cervical traction device, cervical collar with inflatable air bladder.
E2227	Manual wheelchair accessory, gear reduction drive wheel, each.	E2228	Manual wheelchair accessory, wheel braking system and lock, complete, each.
E2397	Power wheelchair accessory, lithium-based battery, each.	L3927	Finger orthosis, proximal interphalangeal (pip)/distal interphalangeal (dip), without joint/spring, extension/flexion (e.g. static or ring type), may include soft interface material, prefabricated, includes fitting and adjustment.
L7611	Terminal device, hook, mechanical, voluntary opening, any material, any size, lined or unlined, pediatric.	L7612	Terminal device, hook, mechanical, voluntary closing, any material, any size, lined or unlined, pediatric
L7613	Terminal device, hand, mechanical, voluntary opening, any material, any size, pediatric	L7614	Terminal device, hand, mechanical, voluntary closing, any material, any size, pediatric
L7621	Terminal device, hook or hand, heavy duty, mechanical, voluntary opening, any material, any size, lined or unlined.	L7622	Terminal device, hook or hand, heavy duty, mechanical, voluntary closing, any material, any size, lined or unlined.

- Los códigos anteriores se pagaron a base de la tarifa fija local vigente antes de la implementación de las cantidades de tarifa fija, establecidas de acuerdo con esta actualización. Las reclamaciones de dichos códigos con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2008, que ya se procesaron, no se ajustarán para reflejar las tarifas recién establecidas, si se vuelven a someter para ajuste.

Billing Policies

The update process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, Section 60, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. Other information on the fee schedule, including access to the DMEPOS fee schedules is at http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01_overview.asp on the CMS website.

Key Points

- *The following Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes were added to the HCPCS file effective January 1, 2008 and the fee schedule amounts for these HCPCS codes may be established as part of this update and are effective for claims with dates of service on or after January 1, 2008.*

- *The above codes were paid on a local fee schedule basis prior to implementation of the fee schedule amounts established in accordance with this update. Claims for these codes with dates of service on or after January 1, 2008 that have already been processed will not be adjusted to reflect the newly established fees if they are resubmitted for adjustment.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Las cantidades de tarifa fija para los siguientes códigos se revisaron como parte de esta actualización trimestral, a fin de corregir errores de cálculo de tarifas fijas y las cantidades de tarifas revisadas se añadirán al manual de tarifa fija, como parte de esta actualización.

Code	Description	Code	Description
L3905	Wrist hand orthosis, includes one or more nontorsion joints, elastic bands. Turnbuckles, may include soft interface, straps, custom fabricated, includes fitting and adjustment.	L3806	Wrist hand finger orthosis, includes one or more nontorsion joint(s), turnbuckles, elastic bands/springs, may include soft interface material straps, custom fabricated, includes fitting and adjustment.
L3808	Wrist hand finger orthosis, rigid without joints, may include soft interface material; straps, custom fabricated, includes fitting and adjustment.		

- Su contratista de Medicare ajustará reclamaciones previamente procesadas para los códigos L3905, L3806 y L3808, con fecha de servicio a partir del 1 de enero, si las mismas se vuelven a someter para ajuste.
- El Código HCPCS K0672 (*Addition to Lower Extremity Orthosis, Removable Soft Interface, All Components, Replacement Only, Each*) se añadió al archivo de códigos HCPCS vigente el 1 de abril de 2008.
- Las cantidades de tarifa fija para el Código HCPCS E0461 (*Volume Control Ventilator, Without Pressure Support Mode, May Include Pressure Control Mode, Used with Non-Invasive Interface (e.g. Mask)*) fueron inadvertidamente eliminadas del archivo de tarifa fija DMEPOS de enero 2008 y el archivo fue subsiguientemente revisado para añadir las cantidades de tarifa fija para el Código E0461.

Información Adicional

Para detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial (CR6022) enviada a su Contratista de Medicare. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1516CP.pdf>.

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

Pub. MLN6022/ Trans R1516CP / CR6022 / 05-23-08/ mlv rrc

Billing Policies

- The fee schedule amounts for the following codes are being revised as part of this quarterly update to correct fee schedule calculation errors and the revised fee schedule amounts will be added to the fee schedule file as part of this update.*

- Your Medicare contractor will adjust previously processed claims for codes L3905, L3806 and L3808 with dates of service on or after January 1, 2008 if they are resubmitted for adjustments.*
- HCPCS code K0672 (Addition to Lower Extremity Orthosis, Removable Soft Interface, All Components, Replacement Only, Each) was added to the HCPCS file effective April 1, 2008.*
- The fee schedule amounts for HCPCS code E0461 (Volume Control Ventilator, Without Pressure Support Mode, May Include Pressure Control Mode, Used with Non-Invasive Interface (e.g. Mask)) were inadvertently dropped from the January 2008 DMEPOS fee schedule file and the file was subsequently revised to add the fee schedule amounts for code E0461.*

Additional Information

For complete details regarding this CR please see the official instruction (CR6022) issued to your Medicare contractor. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1516CP.pdf> on the CMS website.

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

Políticas de Pago

EXTENSIÓN A LAS FECHAS DE SERVICIO ELEGIBLES PARA EL PAGO DE BONO EN ÁREAS DE ESCASEZ DE MÉDICOS (PSAS)

Proveedores Afectados

Médicos 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 [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare en áreas designadas de escasez de médicos.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5937, del cual se deriva este artículo, anuncia la extensión del pago de bono en áreas de escasez de médicos (PSA por sus siglas en inglés) para fechas de servicio hasta el 30 de junio de 2008. Usted debe asegurarse que el personal de facturación en su oficina esté informado sobre la extensión del pago de este bono PSA.

Trasfondo

La Sección 413(a) del *Medicare Modernization Act* de 2003 (MMA) requirió a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) pagar un bono de 5% a médicos en áreas designadas PSA para fechas de servicio del 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2007. El *Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program (SCHIP) Extension Act* de 2007 enmendó la Sección 1833(u)(1) de la Ley de Seguro Social, extendiendo el pago del bono PSA para fechas de servicio hasta el 30 de junio 2008. El CR5937, del cual se deriva este artículo, anuncia esta extensión y provee instrucciones a los Contratistas de Medicare.

Los Contratistas de Medicare continuarán pagando bonificaciones PSA para fechas de servicio entre el 1 de enero de 2005 y el 30 de junio de 2008, sin importar si el bono se solicita mediante la inclusión de un modificador o a

Billing Policies

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

Provider Types Affected

Physicians, and other providers, who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FI), carriers, or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC)) for providing services to Medicare beneficiaries in designated physician scarcity areas.

What You Need to Know

CR 5937, from which this article is taken announces the extension of the physician scarcity area (PSA) bonus payment for dates of service through June 30, 2008. You should make sure that your billing staffs are aware of this PSA bonus payment extension.

Background

Section 413(a) of the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA) required the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to pay a 5% bonus to physicians in a designated PSA for dates of service from January 1, 2005 through December 31, 2007. The Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program (SCHIP) Extension Act of 2007 amended Section 1833(u)(1) of the Social Security Act, extending the payment of the PSA bonus for dates of service through June 30, 2008. CR 5937, from which this article is taken, announces this extension and provides Medicare contractors with implementing instructions.

Medicare contractors will continue to pay PSA bonuses for dates of service from January 1, 2005 through June 30, 2008, regardless of whether the bonus is requested through submission of a modifier or made through an automated payment based on ZIP code. The

Cont. on next page

Políticas de Pago

través de un pago automatizado a base del código postal (Zip Code). Las áreas de escasez de cuidado primario y cuidado especializado vigente el 31 de diciembre de 2007 se utilizarán para servicios prestados en 2008. Los FIs y A/B MACs que procesan reclamaciones de la Parte A implementarán este CR el 7 de enero de 2008, los contratistas de la Parte B lo implementarán 30 días a partir de la emisión.

Los Contratistas de la Parte B y A/B MACs que procesan reclamaciones de la Parte B identificarán reclamaciones que contienen el modificador AR (médicos que proveen servicios en áreas PSA) y sometidas con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2008 y procesadas antes de la implementación de este CR, de modo que puedan ser incluidas en el cálculo de pago de bonos del primer trimestre de 2008. Además, cuando se traigan a su atención, los Contratistas de la Parte B y A/B MACs que procesan reclamaciones de la Parte B reabrirán y reprocesarán reclamaciones con esas fechas de servicio que fueron procesadas antes de la fecha de implementación de este CR a fin de incluir el modificador AR y realizar el pago de bono apropiado.

Información Adicional

El CR5937 es la instrucción oficial enviada a su FI, Contratista o A/B y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1434CP.pdf>. La actualización del Capítulo 4 del *Medicare Claims Processing Manual (Part B Hospital (Including Inpatient Hospital Part B and OPPS))*, Secciones 250.2.1 (*Billing and Payment in a Physician Scarcity Area (PSA)*) y 250.2.2 (*Zip Code Files*); y el Capítulo 12 del *Medicare Claims Processing Manual (Physicians/Nonphysician Practitioners)*, Secciones 90.5 (*Billing and Payment in a Physician Scarcity Area (PSA)*) y 90.5.2 (*Identifying Physician Scarcity Area Locations*) son anejos de ese CR.

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

Billing Policies

primary care and specialty care scarcity areas in effect on December 31, 2007 will be used for 2008 services. Fiscal Intermediaries (FI) and Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) processing Part A claims will implement this CR on January 7, 2008, and carriers and A/B MACs Processing Part B claims will implement it 30 days from issuance;

Carriers and A/B MACs processing Part B claims will identify claims that contain the AR modifier (physician providing services in a PSA) and are submitted with dates of service on or after January 1, 2008 and processed prior to this CR's implementation so that they may be included in the calculation in the first quarterly 2008 bonus payment. Additionally, when brought to their attention, carriers and A/B MACs processing Part B claims will re-open and re-process claims with these dates of service that are processed prior to the CR's implementation date in order to include the AR modifier and make the appropriate bonus payment.

Additional Information

You can find the official instruction, CR 5937, issued to your FI, carrier, or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1434CP.pdf> on the CMS website. The updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 4 (Part B Hospital (Including Inpatient Hospital Part B and OPPS)), Sections 250.2.1 (Billing and Payment in a Physician Scarcity Area (PSA)) and 250.2.2 (Zip Code Files); and Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12 (Physicians/Nonphysician Practitioners, Sections 90.5 (Billing and Payment in a Physician Scarcity Area (PSA)) and 90.5.2 (Identifying Physician Scarcity Area Locations) are attachments to that CR.

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

Pub. MLN5937/ Trans R1434CP / CR5937 / 02-05-08/ mlv rrc

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2008 DE LOS CÓDIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA FACTURACION CONSOLIDADA (CB) EN CENTROS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA (SNF)

Proveedores Afectados

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 prestados a beneficiarios de Medicare en Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esta notificación provee actualizaciones a listas de Códigos HCPCS (*Healthcare Common Procedure Coding System*) que están sujetos a la estipulación de la facturación consolidada (CB por sus siglas en inglés) del Sistema Prospectivo de Pago (PPS por sus siglas en inglés) en Instalaciones Especializadas de Enfermería (SNFs). El CR6009 añade el código HCPCS J9303 (*Injection, Panitumumab, 10MG*) a la Lista de Exclusión de los FIs/A/B MACs, de la Categoría Principal III.A. Servicios de Quimioterapia, retroactivo el 1 de enero de 2008.

Trasfondo

La Ley de Seguro Social (Sección 1888) codifica el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) y Facturación Consolidada (CB) para SNFs. Las nuevas codificaciones en cada actualización describen los mismos servicios que están sujetos por ley al sistema de pago PPS en SNFs. No se añaden servicios adicionales mediante estas actualizaciones rutinarias; esto es, las nuevas actualizaciones se requieren debido a cambios en el sistema de codificación, no porque los servicios sujetos a Facturación Consolidada (CB) en SNFs fueron redefinidos. Otros cambios regulatorios mas allá de las actualizaciones de la lista de códigos se notificarán cuando, y si ocurren.

Billing Policies

JULY QUARTERLY UPDATE TO 2008 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) ENFORCEMENT

Provider Types Affected

Providers 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 in Skilled Nursing Facilities.

Provider Action Needed

This notification provides updates to the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (PPS). CR 6009 adds HCPCS code J9303 (Injection, Panitumumab, 10MG) to the Major Category III.A. Chemotherapy services FI/A/B MAC Exclusion List retroactive to January 1, 2008.

Background

The Social Security Act (Section 1888) codifies the Skilled Nursing Facility (SNF) Prospective Payment System (PPS) and Consolidated Billing (CB). The new coding identified in each update describes the same services that are subject to SNF PPS payment by law. No additional services are added by these routine updates; that is, new updates are required by changes to the coding system, not because the services subject to SNF CB are being redefined. Other regulatory changes beyond code list updates will be noted when and if they occur.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) actualizan periódicamente las listas de códigos HCPCS que no están sujetos a la estipulación de facturación consolidada (CB) del sistema PPS en SNFs. Los servicios que no aparecen en esta lista, sometidos en reclamaciones enviadas a FIs/A/B MACs y Contratistas de la Parte B/A/B MACs, incluyendo a los DME MACs, no serán pagados por Medicare a los proveedores, aparte de un SNF, cuando se incluyen en la Facturación Consolidada (CB) del SNF.

Para servicios que no son terapia (*non-therapy*), la facturación consolidada (CB) en SNFs aplica solamente cuando los servicios son prestados a un residente de un SNF durante una estadía cubierta bajo la Parte A. Sin embargo, la facturación consolidada (CB) en SNFs aplica a terapia física y ocupacional, y servicios de patología del habla-lenguaje siempre que éstos son prestados a un residente de un SNF, sin importar si la Parte A cubre dicha estadía. Los servicios excluidos del Sistema PPS y la Facturación Consolidada de SNFs pueden pagarse a los proveedores, aparte de los SNFs, para beneficiarios, aún cuando se trate de una estadía en un SNF. Para asegurar el pago apropiado en todos los ambientes, los sistemas de Medicare editarán los servicios prestados a beneficiarios en SNFs, tanto incluidos como excluidos de la Facturación Consolidada en SNFs.

El CR6009 añade el Código HCPCS J9303 a la Lista de Exclusión de los FIs/A/B MACs, de la Categoría Principal III.A. Servicios de Quimioterapia, retroactivo el 1 de enero de 2008.

Los Contratistas de Medicare reabrirán y reprocesarán reclamaciones afectadas por esta instrucción si los proveedores traen dichas reclamaciones a su atención.

Información Adicional

El CR6009 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI y A/B MAC referente a este cambio. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1501CP.pdf>.

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

Billing Policies

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the lists of HCPCS codes that are not subject to the consolidated billing provision of the SNF PPS. Services not appearing on this list submitted on claims to FIs/A/B MACs and carriers/A/B MACs, including DME MACs, will not be paid by Medicare to providers, other than a SNF, when included in SNF Consolidated Billing (CB).

For non-therapy services, SNF CB applies only when the services are furnished to a SNF resident during a covered Part A stay. However, SNF CB applies to physical and occupational therapies and speech-language pathology services whenever they are furnished to a SNF resident, regardless of whether Part A covers the stay. Services excluded from SNF PPS and CB may be paid to providers, other than SNFs, for beneficiaries, even when in a SNF stay. In order to assure proper payment in all settings, Medicare systems will edit for services provided to SNF beneficiaries both included and excluded from SNF CB.

CR 6009 adds HCPCS code J9303 to the Major Category III.A. Chemotherapy services FI/A/B MAC Exclusion List Retroactive to January 1, 2008.

Medicare contractors will reopen and reprocess claims affected by this instruction when providers bring such claims to their contractor's attention.

Additional Information

The official instruction, CR 6009, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1501CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6009/ Trans R1501CP / CR6009 / 05-09-08/ mlv rrc

Políticas de Pago

SERVICIOS EN INSTALACIONES DE ENFERMERÍA (CODIGOS 99304 - 99318)

Proveedores Afectados

Médicos y profesionales de la salud cualificados que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare) por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare en instalaciones especializadas de enfermería (SNFs por sus siglas en inglés), o instalaciones de enfermería (NFs por sus siglas en inglés).

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR5986, del cual se deriva este artículo, actualiza el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12 (Médicos/Profesionales de la Salud), Sección 30.6.13 (Servicios en Instalaciones de Enfermería [Códigos 99304-99318] Subsección F (*Use of the Prolonged Services Codes and Other Time-Related Services*)) señalando que las unidades de tiempo típicas/promedio para los códigos que pertenecen a la familia de visitas de Evaluación y Manejo (E/M) en Instalaciones de Enfermería están reestablecidos y aplican a partir del 1 de enero de 2008.

Vigente para servicios prestados a partir del 1 de julio de 2008, usted puede facturar a Medicare por servicios prolongados médicamente necesarios de visitas de E/M (Códigos 99356 y 99357) en un SNF o NF con los códigos de Servicio en Instalaciones de Enfermería (99304 - 99306, 99307 - 99310 y 99318). Además, usted puede utilizar estos códigos de servicios prolongados (99356 y 99357) con Servicios en Instalaciones de Enfermería en el rango de códigos (99304 - 99306, 99307 - 99310, y 99318) para facturar la consejería y/o coordinación de servicios de cuidado que se basan en tiempo.

Asegúrese que el personal a cargo de facturación en su oficina esté informado sobre estos cambios en facturación.

Billing Policies

NURSING FACILITY SERVICES (CODES 99304 - 99318)

Provider Types Affected

Physicians and qualified non-physician practitioners who bill Medicare contractors (Carriers or Medicare Administrative Contractors A/B MAC) for services provided to Medicare beneficiaries in skilled nursing facilities (SNF) or nursing facilities (NF).

What You Need to Know

CR 5986, from which this article is taken, updates the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12, (Physicians/Non-physician Practitioners), Section 30.6.13 (Nursing Facility Services (Codes 99304 - 99318) Subsection F (Use of the Prolonged Services Codes and Other Time-Related Services) by noting that the typical/average time units for Evaluation and Management (E/M) visit codes in the Nursing Facility Services code family are reestablished and applicable, as of January 1, 2008.

Effective for services on or after July 1, 2008, you may bill Medicare for medically necessary prolonged services for E/M visits (codes 99356 and 99357) in a SNF or NF with Nursing Facility Services codes (99304 - 99306, 99307 - 99310 and 99318). Additionally, you may use these prolonged services codes (99356 and 99357) with Nursing Facility Services in the code range (99304 - 99306, 99307 - 99310, and 99318) to bill for counseling and/or coordination of care services that are based on time.

Make sure that your billing staffs are aware of these new billing changes.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Trasfondo

Vigente el 1 de enero de 2006, el panel que se encarga de actualizar el *Current Procedural Terminology* (CPT) de la Asociación Médica Americana (AMA por sus siglas en inglés) removió las unidades de tiempo típicas/promedio para servicios de Evaluación y Manejo (E/M) en la familia de códigos de Instalaciones de Enfermería. Mientras esos tiempos típicos/promedio fueron reestablecidos, esta acción eliminó la facturación de: (1) servicios prolongados para visitas de E/M en instalaciones de enfermería especializada (SNFs) o Instalaciones de Enfermería (NFs); y (2) consejería facturada por tiempo y/o la coordinación de cuidado para servicios en Instalación de Enfermería.

El CR5986, del cual se extrae este artículo, actualiza el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12, (*Physicians/Non-physician Practitioners*), Sección 30.6.13 (*Nursing Facility Services (Codes 99304 - 99318)*), Subsección F (*Use of the Prolonged Services Codes and Other Time-Related Services*) al anunciar que el Panel de CPT de la AMA reestableció esas unidades de tiempo típica/promedio a partir del 1 de enero de 2008.

Más aún, el CR5968 anuncia que, vigente el 1 de julio de 2008, usted puede facturar servicios prolongados que sean médicamente necesarios para visitas de Evaluación y Manejo (E/M) en SNFs o NFs (Códigos CPT 99356 y 99357) con Servicios en Instalaciones de Enfermería (rango de códigos 99304-99306, 99307-99310, y 99318); y usted también puede utilizar los códigos CPT de servicios prolongados considerados médicamente necesarios (Códigos CPT 99356 y 99357) para facturar visitas de E/M médicamente necesarias para consejería facturada por tiempo y/o coordinación de cuidado para Servicios en Instalaciones de Enfermería en el rango de códigos 99304-99306, 99307-99310, y 99318.

Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre el uso de códigos CPT de servicios prolongado (99356 y 99357) para la facturación de visitas de E/M en servicios prolongados médicamente

Billing Policies

Background

Effective January 1, 2006, the American Medical Association (AMA) Current Procedural Terminology (CPT) Panel removed the typical/average time units for evaluation and management (E/M) services in the Nursing Facility code family. Until these typical/average times were reestablished, this action precluded the billing of: 1) prolonged services for E/M visits in a skilled nursing facility or nursing facility; and 2) time-based counseling and/or coordination of care for Nursing Facility Services.

CR 5986, from which this article is taken, updates the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12, (Physicians/Non-physician Practitioners), Section 30.6.13 (Nursing Facility Services (Codes 99304 - 99318)), Subsection F (Use of the Prolonged Services Codes and Other Time-Related Services) by announcing that the AMA CPT Panel has reestablished these typical/average time units beginning January 1, 2008.

Further, CR 5968 announces that, effective July 1, 2008, you may bill for medically necessary prolonged services for SNF or NF E/M visits (CPT codes 99356 and 99357) with Nursing Facility Services (code range 99304 - 99306, 99307 - 99310 and 99318); and you may also use the medically necessary prolonged services CPT codes (99356 and 99357) to bill for medically necessary E/M visits for time-based counseling and/or coordination of care for Nursing Facility Services in the code range 99304 - 99306, 99307 - 99310, and 99318.

Additional Information

You can find more information about using the prolonged services codes CPT codes (99356 and 99357) billing for medically necessary prolonged services for E/M visits in a SNF or NF, and for time-based counseling and/or coordination of care for

Cont. on next page

Políticas de Pago

necesarios, y para consejería y/o coordinación de cuidado de Servicios en Instalación de Enfermería facturados por tiempo, en el CR5968, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1489CP.pdf>. También encontrará la actualización al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12, (Physicians/Non-physician Practitioners), Sección 30.6.13 (Nursing Facility Services (Codes 99304 - 99318) Subsección F (Use of the Prolonged Services Codes and Other Time-Related Services) como un anejo a ese CR.

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

Billing Policies

Nursing Facility Services by going to CR 5968, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1489CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. You will find the updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12, (Physicians/Non-physician Practitioners), Section 30.6.13 (Nursing Facility Services (Codes 99304 - 99318) Subsection F (Use of the Prolonged Services Codes and Other Time-Related Services) as an attachment to that CR.

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

Pub. MLN5968/ Trans R1489CP/ CR5968/ 04-11-08/ mlv rrc

NUEVO CAPÍTULO EN EL MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL PARA INSTALACIONES INDEPENDIENTES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (IDTFs)

Proveedores Afectados

Instalaciones Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs 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), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) o Contratistas de la Parte B, por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

Impacto en los Proveedores

El CR5815 alerta a los proveedores sobre el hecho de que se está realizando un extracto de la información del *Medicare Program Integrity Manual*, Capítulo 10, sobre instrucciones de procesamiento de reclamaciones para IDTFs y la información ha sido añadida al *Medicare Claims Processing Manual* mediante el Capítulo 35 – un nuevo capítulo en dicho manual. Actualmente, el *Medicare Claims Processing Manual* no contiene instrucciones de procesamiento de reclamaciones para IDTFs y este CR notifica a los proveedores de la disponibilidad de esta información en ese manual. No se provee información sobre cambios en la política en el CR5815.

NEW CHAPTER IN MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL FOR INDEPENDENT DIAGNOSTIC TESTING FACILITIES (IDTF)

Provider Types Affected

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

Impact on Providers

Change Request (CR) 5815 alerts providers to the fact that information from the Medicare Program Integrity Manual, Chapter 10, regarding claims processing instructions for IDTF's is being excerpted and added to Medicare Claims Processing Manual via Chapter 35-a new chapter in the Medicare Claims Processing Manual. Currently, the Medicare Claims Processing Manual does not have claims processing instructions for IDTFs and this CR notifies providers of the availability of this information in that manual. No changes in policy are conveyed in CR5815.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Puntos Clave del CR5815

Los proveedores deben observar que la información sobre procesamiento de reclamaciones de IDTFs ha sido extraída del *Medicare Program Integrity Manual*, Capítulo 10, y se ha movido al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 35, el cual es un capítulo totalmente nuevo. El mismo se encuentra disponible como un anejo al CR5815. Este nuevo capítulo contiene información sobre lo siguiente:

- Cubierta general y políticas de pago aplicables a los IDTFs;
- La definición de Medicare de lo que es un IDTF;
- Instrucciones para el procesamiento de reclamaciones, con énfasis en:
 - Asuntos de Facturación;
 - Servicios de monitoreo transtelefónico y electrónico; e
 - Instalaciones de preparación de laminillas y centros de terapia de radiación.
- Orden de pruebas;
- Pruebas de diagnóstico compradas;
- Interpretaciones de pruebas realizadas fuera de las instalaciones del IDTF; y
- Restricciones que no permiten facturación de procedimientos estrictamente terapéuticos.

Se les recuerda a los IDTFs que el NPI (*National Provider Identifier*) del médico que firma la orden debe suministrarse en el encasillado 17B del formulario CMS-1500 y en el enlace apropiado del formato de reclamación electrónica ANSI X12 837P, vigente para servicios prestados a partir del 23 de mayo de 2008.

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5815) enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1504CP.pdf>. Según se mencionó anteriormente, el nuevo capítulo 35 del *Medicare Claims Processing Manual* se incluye como un anejo al CR5815. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Billing Policies

Key Points of CR5815

Providers note that information regarding IDTF claims processing has been excerpted from the Medicare Program Integrity Manual, chapter 10, and moved to the Medicare Claims Processing Manual, chapter 35, which is a new chapter. The new chapter 35 is available as an attachment to the official instruction of CR 5815. The new chapter contains information on the following:

- *General coverage and payment policies applicable to IDTFs;*
- *Medicare's definition of an IDTF;*
- *Claims processing instructions with emphasis on:*
 - *Billing issues;*
 - *Transtelephonic and electronic monitoring services; and*
 - *Slide preparation facilities and radiation therapy centers.*
- *Ordering of tests;*
- *Purchased diagnostic tests;*
- *Interpretations of tests performed off the premises of the IDTF; and*
- *Restrictions that do not allow billing for strictly therapeutic procedures.*

IDTFs are reminded that the National Provider Identifier (NPI) of the ordering physician must be supplied in box 17B of the CMS-1500 form and in the appropriate loop of the ANSI X12 837P electronic claim format, effective for services on or after May 23, 2008.

Additional Information

To see the official instruction (CR5815) issued to your Medicare Carrier, FI, or A/B MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1504CP.pdf> on the CMS website. As already mentioned, the new Chapter 35 of the Medicare Claims Processing Manual is attached to CR5815. If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5815/ Trans R1504CP / CR5815 / 05-16-08/ mlv rrc

Ambulancia

NOTIFICACIÓN DE NUEVA ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL AL ARCHIVO DE USO PÚBLICO (PUF) DE TARIFAS FIJAS DE AMBULANCIA

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores de servicios de ambulancia 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 servicios de ambulancia brindados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo se basa en el CR6091, el cual informa a los proveedores de Medicare que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) desean que los proveedores sepan que dado que la reforma de Contratación de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare se encuentra en proceso, algunos de los números de Contratista incluidos en la actualización anual de 2008 del Archivo de Uso Público (PUF por sus siglas en inglés) de Tarifas Fijas de Ambulancia publicada en el sitio Web de CMS puede que no estén actualizados. Para asegurarse de que los números de Contratista en el archivo son lo más preciso posible, se hará una actualización trimestral al archivo PUF para notificar los nuevos números de Contratista y los mismos se publicarán en el sitio Web de CMS hasta que se complete todo el proceso de reforma de contratación. La información actualizada se resaltarán mediante el uso de texto *color rojo en letras itálicas*, y estará disponible para revisión en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/02_afspuf.asp#TopOfPage.

Información Adicional

Usted puede ver la instrucción oficial (CR6091) enviada a su Contratista de Medicare visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R352OTN.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Ambulance

NOTIFICATION OF NEW QUARTERLY UPDATES TO THE AMBULANCE FEE SCHEDULE PUBLIC USE FILE (PUF)

Provider Types Affected

Ambulance providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for ambulance services provided to Medicare beneficiaries.

What You Need to Know

This article is based on Change Request (CR) 6091, which informs Medicare providers that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) wants providers to know that since Medicare Claims Processing Contracting reform is ongoing, some of the Contractor/Carrier numbers included in the 2008 annual Ambulance Fee Schedule Public Use File (PUF) posted to the CMS website may be outdated. To ensure that the Contractor/Carrier numbers contained in the file are as accurate as possible, a quarterly update to the PUF file, containing new Contractor/Carrier numbers, will be posted to the CMS website until all contracting reform is completed. The updated information will be highlighted with italicized red text and may be reviewed at http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/02_afspuf.asp#TopOfPage on the CMS website.

Additional Information

You may see the official instruction (CR6091) issued to your Medicare contractor at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R352OTN.pdf> on the CMS website. If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN6091/ Trans R532OTN / CR6091 / 06-13-08/ mlv rrc

Ambulancia

TARIFAS PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA – ARCHIVO DE FACTOR DE CONVERSIÓN DEL AÑO CALENDARIO 2009

Proveedores Afectados

Proveedores de servicios de ambulancia y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de ambulancia suministrados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo se basa en el CR6000, el cual revisa el diseño del formato del Archivo de Tarifa Fija de Servicios de Ambulancia para el Año Calendario (CY) 2008. Específicamente, sólo se está modificando el campo de factor de conversión para:

- Remover el signo en el campo numérico; y
- Expandir el largo del campo de Factor de Conversión.

Para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2009, los Contratistas de Medicare reconocerán el nuevo diseño del formato del archivo de Tarifa Fija de Servicios de Ambulancia. Para reclamaciones con fecha de servicio previo al 1 de enero de 2009, los Contratistas de Medicare reconocerán el formato actual.

Información Adicional

El CR6000 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o A/B MAC sobre este cambio. El mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1499CP.pdf>.

Los archivos de acceso público a las Tarifas Fijas de Servicios de Ambulancia están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/02_afspuf.asp. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Ambulance

AMBULANCE FEE SCHEDULE - CONVERSION FACTOR FILE FOR CY 2009 AMBULANCE INFLATION FACTOR

Provider Types Affected

Ambulance providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for ambulance services provided to Medicare beneficiaries.

What Providers Need to Know

This article is based on Change Request (CR) 6000, which revises the ambulance fee schedule file layout for Calendar Year (CY) 2009. Specifically, only the conversion factor field is being modified to:

- Remove the sign in the numeric field; and
- Expand the length of the Conversion Factor field.

For claims with dates of service on or after January 1, 2009, Medicare contractor(s) will recognize the new Ambulance Fee Schedule file layout. For claims with dates of service prior to January 1, 2009, Medicare contractors will recognize the current layout.

Additional Information

The official instruction, CR 6000, issued to your carrier, FI, or A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1499CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

The ambulance fee schedule public use files are available at http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/02_afspuf.asp on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN6000/ Trans R1499CP / CR6000 / 05-02-08/ mlv rrc

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

ACTUALIZACIÓN AL SISTEMA DE PAGO A CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC) DE ABRIL 2008; RESUMEN DE CAMBIOS EN LA POLÍTICA DE PAGO

Proveedores Afectados

Proveedores (Centros de Cirugía Ambulatoria, ASCs por sus siglas en inglés) que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) y a Contratistas de la Parte B por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare, y que reciben pago bajo el sistema de pago ASC.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5994, el cual describe cambios e instrucciones de facturación para las políticas de pago implementadas en la actualización de abril de 2008 para los ASC. Esta actualización provee tarifas de pago actualizadas para medicamentos y biológicos selectos que se pagan por separado y provee tarifas y descriptores para códigos HCPCS Nivel II recién creados para medicamentos y biológicos.

Puntos Clave

Facturación de Medicamentos y Biológicos

- Se recomienda a los ASCs que reporten cargos para todos los medicamentos y biológicos que se pagan por separado, haciendo uso de los códigos HCPCS correctos para los artículos utilizados. Los ASCs que facturan por estos productos deben asegurarse de que las unidades de servicio del código HCPCS que reportan sean uniformes con la cantidad del medicamento o biológico que se utilizó en el cuidado del paciente. Los ASCs no deben reportar códigos HCPCS y cargos separados para medicamentos y biológicos que reciben pago englobado a través del pago relacionado al procedimiento quirúrgico cubierto.
- Si se están mezclando medicamentos y biológicos disponibles en el mercado para facilitar la administración concurrente, el ASC debe reportar la cantidad de cada producto

Ambulatory Surgical Center (ASC)

APRIL 2008 UPDATE TO THE AMBULATORY SURGICAL CENTER (ASC) PAYMENT SYSTEM; SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES

Provider Types Affected

Providers (ASCs) who submit claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) and carriers, for services provided to Medicare beneficiaries which are paid under the ASC payment system.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5994 which describes changes to, and billing instructions for, payment policies implemented in the April 2008 ASC update. This update provides updated payment rates for selected separately payable drugs and biologicals and provides rates and descriptors for newly created Level II Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes for drugs and biologicals.

Key Points

Billing for Drugs and Biologicals

- *ASCs are strongly encouraged to report charges for all separately payable drugs and biologicals, using the correct HCPCS codes for the items used. ASCs billing for these products must make certain that the reported units of service of the reported HCPCS code are consistent with the quantity of the drug or biological that was used in the care of the patient. ASCs should not report HCPCS codes and separate charges for drugs and biologicals that receive packaged payment through the payment for the associated covered surgical procedure.*
- *If commercially available drug and biological products are being mixed together to facilitate their concurrent administration, the ASC should report the quantity of each*

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

(reportada mediante el código HCPCS) que es pagadero por separado en el ASC usado en el cuidado del paciente. Alternativamente, si el ASC está mezclando medicamentos que no son una mezcla de productos disponibles en el mercado, pero son un producto diferente que no tiene un código HCPCS aplicable, el pago se engloba y no se requiere el código HCPCS. En estas situaciones, los ASCs no deben reportar el Código HCPCS C9399. El código HCPCS C9399 (medicamento o producto biológico no clasificado), es para medicamentos y biológicos nuevos que tienen aprobación de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), a partir del 1 de enero de 2004, por lo cual no se les ha asignado un Código HCPCS.

Medicamentos y Biológicos con Pago a Base del Precio Promedio de Venta (ASP) Vigente el 1 de abril de 2008

- Pagos por separado para medicamentos y biológicos pagaderos a base del precio ASP serán actualizados trimestralmente, según esté disponible lo sometido de ASP de trimestres posteriores. En casos donde los ajustes a las tarifas de pago para trimestres anteriores (enero 2008) son necesarios a base de lo más reciente sometido de ASP, CMS incorporará cambios a las tarifas de pago en la publicación de Abril 2008 del ARCHIVO DE MEDICAMENTOS ASC.
- Sus Contratistas de Medicare harán disponible a los ASCs la lista de los códigos recién añadidos y los cambios a las tarifas de pago del trimestre anterior, según se identifican en el CR5994.
- Los proveedores deben observar que si sus reclamaciones fueron procesadas antes de la instalación del Archivo Revisado de Medicamentos ASC de Enero 2008, su Contratista de la Parte B o A/B MAC hará ajustes, según sea apropiado, a las reclamaciones que usted traiga a su atención y que tengan fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2008, pero previo al 1 de abril de 2008.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

product (reported by HCPCS code) that is separately payable in the ASC used in the care of the patient. Alternatively, if the ASC is compounding drugs that are not a mixture of commercially available products, but are a different product that has no applicable HCPCS code, the payment is packaged and no HCPCS coding is required. In these situations, ASCs should not report HCPCS code C9399. HCPCS code C9399, Unclassified drug or biological, is for new drugs and biologicals that are approved by the Food and Drug Administration (FDA) on or after January 1, 2004, for which a HCPCS code has not been assigned.

Drugs and Biologicals with Payment Based on Average Sales Price (ASP) Effective April 1, 2008

- *Payments for separately payable drugs and biologicals based on the ASP will be updated on a quarterly basis as later quarter ASP submissions become available. In cases where adjustments to payment rates for previous quarters (January 2008) are necessary based on the most recent ASP submissions, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will incorporate changes to the payment rates in the April 2008 release of the ASC DRUG FILE.*
- *Your Medicare contractors will make available to the ASCs the list of any newly added codes and previous quarter payment rate changes as identified in CR5994.*
- *Providers take note that if your claims were processed prior to the installation of the revised January 2008 ASC Drug file, your Medicare AB/MAC or carrier will adjust, as appropriate, claims you bring to their attention that have dates of service on or after January 1, 2008 but prior to April 1, 2008.*

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Nuevos Códigos HCPCS de Medicamentos Pagaderos por Separado bajo el Sistema de Pago ASC a partir del 1 de abril de 2008

Vigente el 1 de abril de 2008, se han creado cuatro nuevos códigos HCPCS. Estos nuevos Códigos HCPCS y sus descriptores se incluyen en la Tabla que sigue:

Tabla 1

Nuevos Medicamentos Pagaderos por Separado bajo el Sistema de Pago ASC a partir del 1 de abril de 2008

New Drugs Separately Payable under the ASC Payment System as of April 1, 2008

HCPCS Code	Long Descriptor
C9241	Injection, doripenem, 10 mg
Q4096	Injection, Von Willebrand Factor Complex, human, Ristocetin Cofactor (Not otherwise specified), per I.U. VWF:RCO,
Q4097	Injection, immune globulin (Privigen), intravenous, non-lyophilized (e.g., liquid), 500 mg
Q4098	Injection, iron dextran, 50 mg

Las tarifas de pago para medicamentos en la Tabla 1 se encuentran en la actualización de abril 2008 del *Addendum BB* del ASC, el cual será publicado en el sitio Web de CMS para finales de marzo.

Códigos HCPCS de Medicamentos Que Ya NO SON Pagaderos bajo el Sistema de Pago ASC Vigente el 1 de abril de 2008

A partir del 1 de abril de 2008, los siguientes códigos de medicamentos han sido eliminados y ya no son pagaderos por Medicare:

Tabla 2

Medicamentos con Códigos HCPCS que ya no son elegibles para pago bajo Medicare a partir del 1 de abril de 2008

Drugs HCPCS codes no longer eligible for payment under Medicare as of April 1, 2008

HCPCS Code	Long Descriptor	ASC Payment Status
J1751	Injection, iron dextran 165, 50 mg	Not payable by Medicare
J1752	Injection, iron dextran 267, 50 mg	Not payable by Medicare

Ambulatory Surgical Center (ASC)

New HCPCS Drug Codes Separately Payable under the ASC Payment System as of April 1, 2008

Four new HCPCS codes have been created effective April 1, 2008. These new HCPCS codes and their descriptors are listed in Table 1 below.

Table 1

Nuevos Medicamentos Pagaderos por Separado bajo el Sistema de Pago ASC a partir del 1 de abril de 2008

New Drugs Separately Payable under the ASC Payment System as of April 1, 2008

The payment rates for the drugs in Table 1 can be found in the April 2008 update of the ASC Addendum BB which will be posted on the CMS Web site at the end of March.

HCPCS Drug Codes No Longer Payable under the ASC Payment System Effective April 1, 2008

The following drug codes have been deleted and are no longer payable by Medicare, effective April 1, 2008.

Table 2

Medicamentos con Códigos HCPCS que ya no son elegibles para pago bajo Medicare a partir del 1 de abril de 2008

Drugs HCPCS codes no longer eligible for payment under Medicare as of April 1, 2008

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Reporte Correcto de Unidades para Medicamentos

Se les recuerda a los ASCs que deben asegurarse que las unidades de medicamentos administradas a pacientes sean reportadas con precisión en términos de la dosis especificada en el Descriptor Amplio del Código HCPCS. Esto es, las unidades se deben reportar en múltiplos de las unidades incluidas en el descriptor HCPCS.

- Por ejemplo, si la descripción del código HCPCS del medicamento especifica 6mg, y se administraron 6 mg del medicamento al paciente, debe facturar "1" unidad.
- Como otro ejemplo, si la descripción del código HCPCS del medicamento especifica 50 mg, y se administraron 200mg del medicamento, debe facturar "4" unidades.
- Los ACSs no deben facturar unidades a base del formato en que el medicamento está empacado, almacenado o guardado. Esto es, si la descripción del código HCPCS para el código del medicamento especifica 1mg y se le administró al paciente una ampolla de 10mg del medicamento, debe reportar 10 unidades del medicamento en la factura, aún cuando sólo se administró una ampolla.
- La descripción breve de los códigos HCPCS está limitada a 28 caracteres, incluyendo espacios, de modo que ésta no siempre abarca la descripción completa del medicamento. Por tanto, antes de someter reclamaciones de medicamentos y biológicos a Medicare, es sumamente importante evaluar la descripción extensa completa para los Códigos HCPCS aplicables.

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5994) enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1488CP.pdf>.

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

Ambulatory Surgical Center (ASC)

Correct Reporting of Units for Drugs

ASCs are reminded to ensure that units of drugs administered to patients are accurately reported in terms of the dosage specified in the full HCPCS code descriptor. That is, units should be reported in multiples of the units included in the HCPCS descriptor.

- For example, if the drug's HCPCS code descriptor specifies 6 mg, and 6 mg of the drug were administered to the patient, the units billed should be 1.
- As another example, if the drug's HCPCS descriptor specifies 50 mg and 200 mg of the drug were administered to the patient, the units billed should be 4.
- ASCs should not bill the units based on how the drug is packaged, stored, or stocked. That is, if the HCPCS descriptor for the drug code specifies 1 mg and a 10 mg vial of the drug was administered to the patient, 10 units should be reported on the bill, even though only 1 vial was administered.
- HCPCS short descriptors are limited to 28 characters, including spaces, so short descriptors do not always capture the complete description of the drug. Therefore, before submitting Medicare claims for drugs and biologicals, it is extremely important to review the complete long descriptors for the applicable HCPCS codes.

Additional Information

To see the official instruction (CR5994) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1488CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5994/ Trans R1488CP / CR5994 / 04-09-08/ mlv rrc

Laboratorio

CAMBIOS A LA APLICACIÓN DE ÉDITOS DEL NCD DE LABORATORIO PARA JULIO 2008

Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos que facturan 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]).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6084, el cual anuncia los cambios que estarán incluidos en la publicación de Julio 2008 del Módulo de Éditos para servicios de laboratorios clínicos. La última publicación trimestral se publicó en Abril del 2007. El CR6084 incorpora todos los cambios desde abril de 2007 hasta el presente, y no contiene otros cambios.

Trasfondo

Las Determinaciones de Cubierta Nacional (NCDs por sus siglas en inglés) de laboratorio clínico fueron desarrolladas por el comité de reglamentación negociada de laboratorios y se publicaron como reglamentación final el 23 de noviembre de 2001. Como consecuencia, se desarrollaron aplicaciones de computadora uniformes (a nivel nacional) y se incorporaron en los sistemas computadorizados compartidos de modo que las reclamaciones de laboratorio sujetas a uno de los 23 NCDs se pudieran procesar uniformemente a través de la nación a partir del 1 de enero de 2003.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 16, Sección 120.2 (vea el siguiente enlace en sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf>) el módulo de éditos de laboratorio se actualiza trimestralmente para reflejar actualizaciones ministeriales y cambios sustanciales a los NCDs desarrollados mediante el proceso de Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés). Estos cambios son el resultado de decisiones basadas en análisis

Laboratory

CHANGES TO THE LABORATORY NCD EDIT SOFTWARE FOR JULY 2008

Provider Types Affected

Clinical diagnostic laboratories billing Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs) and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (AB MACs)).

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 6084 which announces the changes that will be included in the July 2008 quarterly release of the edit module for clinical diagnostic laboratory services. The last quarterly release of the edit module was issued in April 2007. CR 6084 incorporates all changes from April 2007 to the present and has no other changes.

Background

The National Coverage Determinations (NCDs) for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published in a final rule on November 23, 2001. Nationally uniform software was developed and incorporated in the shared systems so that laboratory claims subject to one of the 23 NCDs were processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003.

In accordance with the Medicare Claims Processing Manual (Chapter 16, Section 120.2; see <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website) the laboratory edit module is updated quarterly as necessary to reflect ministerial coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process. These changes are a result of

Cont. on next page

Laboratorio

de codificación desarrolladas de acuerdo a los procedimientos de mantenimiento de códigos en los NCDs negociados y las actualizaciones bianuales de los códigos ICD-9-CM.

El CR6084 anuncia cambios al módulo de éditos de laboratorio para cambios en la lista de códigos del NCD de laboratorio para Julio 2008, según se describe más adelante. Estos cambios entran en vigor para servicios prestados a partir del 1 de julio de 2008.

Nota: Los contratistas de Medicare utilizarán las fechas de vigencia apropiadas para códigos ICD-9-CM y CPT, esto es: 1 de octubre de 2007 para códigos ICD-9-CM, y 1 de enero de 2008 para códigos CPT.

Los contratistas no tendrán que buscar en sus archivos para ajustar reclamaciones afectadas (entre 1 de julio de 2007 y el 1 de julio de 2008) por esta actualización trimestral del módulo de éditos de laboratorio.

Con vigencia el 1 de julio de 2008, estos son los cambios que presenta el CR6084:

Para Pruebas de Diagnóstico del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

- Añade los códigos ICD-9-CM **079.83** y **288.66** a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para el NCD de la Prueba de Diagnóstico del VIH (190.14).
- Modifica el descriptor del Código CPT **86701** en el NCD de la Prueba de Diagnóstico del VIH (190.14) para que lea: “Antibody; HIV-1”
- Modifica el descriptor del Código CPT **86702** en el NCD de la Prueba de Diagnóstico del VIH (190.14) para que lea: “Antibody; HIV-2”
- Modifica el descriptor del Código CPT **86703** en el NCD de la Prueba de Diagnóstico del VIH (190.14) para que lea: “Antibody; HIV-1 and HIV-2, single assay”

Para Contaje Sanguíneo:

- Añada los siguientes Códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM del NCD 190.15 “Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts”: 388.45, 389.05, 389.06, 389.13, 389.17, 389.20, 389.21, 389.22, V25.04, V26.41, V26.49, V26.81, V26.89, V49.85 y V72.12.

Laboratory

coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs and biannual updates of the ICD-9-CM codes.

CR 6084 announces changes to the laboratory edit module for changes in laboratory NCD code lists for July 2008 as described below. These changes become effective for services furnished on or after July 1, 2008.

Note: Medicare contractors use the appropriate effective dates for the ICD-9-CM and CPT codes, which are October 1, 2007 for the ICD-9-CM codes and January 1, 2008, for the CPT codes.

Contractors are not required to search their files to adjust affected claims between the July 1, 2007, and the July 1, 2008, quarterly clinical lab edit module updates.

CR 6084 reports the following changes effective July 1, 2008:

For HIV Testing:

- Add ICD-9-CM codes 079.83 and 288.66 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the HIV Testing (190.14) NCD.
- Modify the descriptor for Current Procedural Terminology (CPT) code 86701 in the HIV Testing (190.14) NCD to read “Antibody; HIV-1.”
- Modify the descriptor for CPT code 86702 in the HIV Testing (190.14) NCD to read “Antibody; HIV-2.”
- Modify the descriptor for CPT code 86703 in the HIV Testing (190.14) NCD to read “Antibody; HIV-1 and HIV-2, single assay.”

For Blood Counts:

- Add ICD-9-CM codes 388.45, 389.05, 389.06, 389.13, 389.17, 389.20, 389.21, 389.22, V25.04, V26.41, V26.49, V26.81, V26.89, V49.85 and V72.12 to the list of ICD-9-CM codes that Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts (190.15) NCD.

Cont. on next page

Laboratorio

- Elimine los siguientes códigos ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM del NCD 190.15 *“Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts”*: 389.2, V26.4 y V26.8.
- Modifique el descriptor para el código ICD-9-CM **389.14** para que lea *“Central hearing loss”* en la lista de códigos ICD-9-CM del NCD 190.15 *“Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts”*.
- Modifique el descriptor para el código ICD-9-CM **389.18** para que lea *“Sensorineural hearing loss, bilateral”* en la lista de códigos ICD-9-CM del NCD 190.15 *“Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts”*.
- Modifique el descriptor para el código ICD-9-CM **389.7** para que lea *“Deaf, non-speaking, not elsewhere classifiable”* en la lista de códigos ICD-9-CM del NCD 190.15 *“Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts”*.

Para Tiempo de Protrombina:

- Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.17 para Tiempo de Protrombina: **415.12, 789.51, 789.59, V12.53 y V12.54**.
- Elimine el siguiente código ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.17 para Tiempo de Protrombina: **789.5**.

Para Estudios de Niveles de Hierro:

- Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.18 para Estudios de Niveles de Hierro: **233.30, 233.31, 233.32 y 233.39**.
- Elimine el siguiente código ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.18 para Estudios de Niveles de Hierro: **233.3**.

Laboratory

- *Delete ICD-9-CM codes 389.2, V26.4 and V26.8 from the list of ICD-9-CM codes that Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts (190.15) NCD.*
- *Modify the descriptor for ICD-9-CM code 389.14 to read “Central hearing loss” in the list of ICD-9-CM codes that Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts (190.15) NCD;*
- *Modify the descriptor for ICD-9-CM code 389.18 to read “Sensorineural hearing loss, bilateral” in the list of ICD-9-CM codes that Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts (190.15) NCD; and*
- *Modify the descriptor for ICD-9-CM code 389.7 to read “Deaf, non-speaking, not elsewhere classifiable” from the list of ICD-9-CM codes that Do Not Support Medical Necessity for the Blood Counts (190.15) NCD.*

For Prothrombin Time:

- *Add ICD-9-CM codes 415.12, 789.51, 789.59, V12.53, and V12.54 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Prothrombin Time (190.17) NCD.*
- *Delete ICD-9-CM code 789.5 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Prothrombin Time (190.17) NCD.*

For Serum Iron Studies:

- *Add ICD-9-CM codes 233.30, 233.31, 233.32, and 233.39 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Serum Iron Studies (190.18) NCD.*
- *Delete ICD-9-CM code 233.3 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Serum Iron Studies (190.18) NCD.*

Cont. on next page

Laboratorio

Para Hemoglobina Glicosilada/Proteína Glicosilada:

- Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.21 para Hemoglobina Glicosilada/Proteína Glicosilada: **258.01, 258.02 y 258.03.**
- Elimine el siguiente código ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.21 para Hemoglobina Glicosilada/Proteína Glicosilada: **258.0.**

Para Pruebas de Tiroide:

- Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.22 para Pruebas de Tiroide: **255.41, 255.42, 258.01, 258.02, 258.03, 787.20, 787.21, 787.22, 787.23, 787.24, 787.29, 789.51 y 789.59.**
- Elimine los siguientes códigos ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.22 para Pruebas de Tiroide: **255.4, 258.0, 787.2 y 789.5.**

Para Pruebas de Gama Glutamil Transferasa:

- Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.32 para Pruebas de Gama Glutamil Transferasa: **359.21, 359.22, 359.23, 359.24 y 359.29.**
- Elimine el siguiente código ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.32 para Pruebas de Gama Glutamil Transferasa: **359.2.**

Para Panel de Hepatitis/Panel de Hepatitis Aguda:

- Elimine el siguiente código ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.33 para el Panel de Hepatitis/Panel de Hepatitis Aguda: **999.3.**

Pruebas de Sangre Fecal Oculta:

- Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.34 para Pruebas de Sangre Fecal Oculta: **569.43, 787.20, 787.21, 787.22, 787.23, 787.24, 787.29, 789.51 y 789.59.**

Laboratory

For Glycated Hemoglobin/Glycated Protein:

- Add ICD-9-CM codes 258.01, 258.02 and 258.03 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Glycated Hemoglobin/Glycated Protein (190.21) NCD.
- Delete ICD-9-CM code 258.0 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for Glycated Hemoglobin/Glycated Protein (190.21) NCD.

For Thyroid Testing:

- Add ICD-9-CM codes 255.41, 255.42, 258.01, 258.02, 258.03, 787.20, 787.21, 787.22, 787.23, 787.24, 787.29, 789.51 and 789.59 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Thyroid Testing (190.22) NCD.
- Delete ICD-9-CM codes 255.4, 258.0, 787.2 and 789.5 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Thyroid Testing (190.22) NCD.

For Gamma Glutamyl Transferase:

- Add ICD-9-CM codes 359.21, 359.22, 359.23, 359.24 and 359.29 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Gamma Glutamyl Transferase (190.32) NCD.
- Delete ICD-9-CM code 359.2 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Gamma Glutamyl Transferase (190.32) NCD.

For Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel:

- Delete ICD-9-CM code 999.3 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel (190.33) NCD.

For Fecal Occult Blood Test:

- Add ICD-9-CM codes 569.43, 787.20, 787.21, 787.22, 787.23, 787.24, 787.29, 789.51 and 789.59 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Fecal Occult Blood Test (190.34) NCD.

Cont. on next page

Laboratorio

- Elimine los siguientes códigos ICD-9-CM de la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare por el NCD 190.34 para Pruebas de Sangre Fecal Oculta: **787.2** y **789.5**.
- Modifique el descriptor del Código ICD-9-CM 005.1 en el NCD 190.34 para Pruebas de Sangre Fecal Oculta para que lea: “*Botulism food poisoning.*”
- Modifique el descriptor del Código CPT 82272 en el NCD 190.34 para Pruebas de Sangre Fecal Oculta para que lea: “*Blood, occult, by peroxidase activity (e.g., guaiac), qualitative, feces, 1-3 simultaneous determinations, performed for other than colorectal neoplasm screening.*”

Información Adicional

El CR6084 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI y A/B MAC sobre este cambio y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1531CP.pdf>.

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

Laboratory

- *Delete ICD-9-CM codes 787.2 and 789.5 from the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the Fecal Occult Blood Test (190.34) NCD.*
- *Modify the descriptor for ICD-9-CM code 005.1 in the Fecal Occult Blood Test (190.34) NCD to read “Botulism food poisoning.”*
- *Modify the descriptor for CPT code 82272 in the Fecal Occult Blood Test (190.34) NCD to read “Blood, occult, by peroxidase activity (e.g., guaiac), qualitative, feces, 1-3 simultaneous determinations, performed for other than colorectal neoplasm screening.”*

Additional Information

The official instruction, CR 6084, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1531CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6084/ Trans R1531CP / CR6084 / 06-06-08/ mlv rrc

FECHA DE SERVICIO (DOS) PARA LABORATORIOS CLÍNICOS Y MUESTRAS DE PATOLOGÍA

Proveedores Afectados

Proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o a los Contratistas de la Parte B, por concepto de pruebas de laboratorio o por el componente técnico (TC por sus siglas en inglés) de servicios de patología médica brindados a beneficiarios de Medicare.

Impacto en los Proveedores

Este artículo se basa en el CR6018, alertando a los proveedores que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) revisaron la política de Fecha de Servicio

DATE OF SERVICE (DOS) FOR CLINICAL LABORATORY AND PATHOLOGY SPECIMENS

Provider Types Affected

Providers who submit claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), fiscal intermediaries (FIs) or carriers, for laboratory tests, or the technical component of physician pathology services, provided to Medicare beneficiaries.

Impact on Providers

This article is based on Change Request (CR) 6018 alerting providers that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) revised the DOS policy for clinical laboratory tests and added the technical component of

Cont. on next page

Laboratorio

(DOS por sus siglas en inglés) para pruebas de laboratorio clínico y se añadió el componente técnico del servicio de patología médica, vigente el 1 de enero de 2009. Estos cambios se anunciaron en la Reglamentación Final de Tarifas Fijas para Médicos de Medicare publicada en el *Federal Register* el 27 de noviembre de 2007 (42 CFR § 414.510).

Puntos Clave del CR6018

La política DOS para pruebas de laboratorio clínico o para el componente técnico del servicio médico de patología, según se especifica en el 42 CFR § 414.510, es como sigue:

- Regla General: La Fecha de Servicio (DOS) de la prueba o el servicio debe ser la fecha en que se toma la muestra.
- Variación: Si una muestra se toma en un periodo de tiempo que envuelve dos días calendario, entonces la fecha de servicio (DOS) es la fecha en la que se completó la toma de muestra.

Las siguientes dos excepciones aplican a la política DOS, ya sea para pruebas de laboratorio clínico o el componente técnico del servicio médico de patología:

1. Fecha de Servicio (DOS) para Pruebas/Servicios Realizados en Muestras Almacenadas:

En caso de pruebas/servicios realizados en muestras almacenadas, si la muestra ha estado almacenada por un periodo menor o igual a 30 días calendario a partir de la fecha en que fue tomada, el DOS debe ser la fecha en que se realizó la prueba o servicio, **solamente si**:

- La prueba/servicio se ordena por el médico del paciente al menos 14 días luego de la fecha en que el paciente fue dado de alta del hospital;
- Se toma la muestra mientras el paciente se estaba sometiendo a un procedimiento quirúrgico hospitalario.

Laboratory

physician pathology service effective January 1, 2009. These changes were announced in the final Medicare physician fee schedule rule published in the Federal Register on November 27, 2007 (42 CFR § 414.510).

Key Points of CR6018

The DOS policy as specified in 42 CFR § 414.510 for either a clinical laboratory test or the technical component of physician pathology service is as follows:

- *General Rule: The DOS of the test/service must be the date the specimen was collected.*
- *Variation: If a specimen is collected over a period that spans two calendar days, then the DOS must be the date the collection ended.*

The following two exceptions apply to this DOS policy for either a clinical laboratory test or the technical component of physician pathology service:

1. *DOS for Tests/Services Performed on Stored Specimens:*

*In the case of a test/service performed on a stored specimen, if a specimen was stored for less than or equal to 30 calendar days from the date it was collected, the DOS of the test/service must be the date the test/service was performed **only if**:*

- *The test/service is ordered by the patient's physician at least 14 days following the date of the patient's discharge from the hospital;*
- *The specimen was collected while the patient was undergoing a hospital surgical procedure;*

Cont. on next page

Laboratorio

- Sería médicamente inapropiado haber tomado la muestra en otro momento que no fuera durante el procedimiento hospitalario para el cual el paciente fue admitido;
- Los resultados de la prueba/servicio no guían el tratamiento provisto durante la estadía en el hospital; y
- La prueba/servicio fue razonable y médicamente necesaria para el tratamiento de una enfermedad.

Si la muestra fue almacenada por más de 30 días calendario antes de realizar la prueba, la muestra se considera archivada y el DOS de la prueba/servicio debe ser la fecha en que la muestra se reactivó de su estado de almacenamiento.

2. DOS para Pruebas de Sensibilidad a Quimioterapia/Servicios Realizados en Tejido Vivo:

En caso de una prueba de sensibilidad a quimioterapia o servicio realizado en tejido vivo, el DOS de la prueba/servicio debe ser la fecha en que se realice, **solamente si**:

- La decisión referente a los agentes quimioterapéuticos específicos para realizar la prueba se hace al menos 14 días antes de la alta;
- La muestra fue tomada mientras el paciente se estaba sometiendo a un procedimiento quirúrgico hospitalario;
- Sería médicamente inapropiado haber tomado la muestra en otro momento que no fuera durante el procedimiento quirúrgico para el cual el paciente fue admitido;
- Los resultados de la prueba/servicio no guían el tratamiento provisto durante la estadía de hospital; y
- La prueba/servicio fue razonable y médicamente necesaria para el tratamiento de una enfermedad.

Laboratory

- *It would be medically inappropriate to have collected the sample other than during the hospital procedure for which the patient was admitted;*
- *The results of the test/service do not guide treatment provided during the hospital stay; and*
- *The test/service was reasonable and medically necessary for treatment of an illness.*

If the specimen was stored for more than 30 calendar days before testing, the specimen is considered to have been archived and the DOS of the test/service must be the date the specimen was obtained from storage.

2. DOS for Chemotherapy Sensitivity Tests/ Services Performed on Live Tissue:

In the case of a chemotherapy sensitivity test/service performed on live tissue, the DOS of the test/service must be the date the test/service was performed only if:

- *The decision regarding the specific chemotherapeutic agents to test is made at least 14 days after discharge;*
- *The specimen was collected while the patient was undergoing a hospital surgical procedure;*
- *It would be medically inappropriate to have collected the sample other than during the hospital procedure for which the patient was admitted;*
- *The results of the test/service do not guide treatment provided during the hospital stay; and*
- *The test/service was reasonable and medically necessary for treatment of an illness.*

Cont. on next page

Laboratorio

Para propósitos de aplicar las excepciones antes mencionadas, se define “**prueba de sensibilidad de quimioterapia**” como una prueba que requiere una muestra de tejido vivo para probar la sensibilidad de las células del tumor a varios agentes quimioterapéuticos. CMS identifica tales pruebas a través de instrucciones del programa enviadas a los Contratistas de Medicare.

Información Adicional

Para detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial (CR6018) enviada a su Contratista, FI o A/B MAC de Medicare, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1515CP.pdf>.

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

Laboratory

For purposes of applying the above exception, a “chemotherapy sensitivity test” is defined as a test that requires a fresh tissue sample to test the sensitivity of tumor cells to various chemotherapeutic agents. CMS identifies such tests through program instructions issued to the Medicare contractors.

Additional Information

For complete details regarding this CR please see the official instruction (CR6018) issued to your Medicare FI, A/B MAC, or carrier. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1515CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6018/ Trans R1515CP / CR6018 / 05-23-08/ mlv rrc

TARIFA FIJA DE LABORATORIO CLÍNICO - NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

Proveedores Afectados

Laboratorios de Diagnóstico Clínico que facturan a los Contratistas de la Parte B y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de pruebas de laboratorio.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR6021 anuncia las pruebas más recientes aprobadas por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés) como pruebas con dispensa bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)* de 1988.

Debe tener conocimiento de que, a fin de que un laboratorio con un certificado de dispensa válido y vigente pueda facturar estas pruebas, el Código CPT asignado debe tener un modificador QW. Las nuevas pruebas con dispensa, Códigos CPT y fechas de vigencia para cada prueba se proveen en la Tabla 1, más adelante:

CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE - NEW WAIVED TESTS

Provider Types Affected

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

What You Need to Know

CR 6021 announces the latest tests that the Food and Drug Administration (FDA) has approved (effective July 1, 2008) as waived tests under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).

Please be aware that in order for a laboratory with a valid, current certificate of waiver to bill for these tests, the assigned Current Procedural Terminology (CPT) codes must contain the QW modifier. The new waived tests, CPT codes, and effective dates for each are provided in Table 1, below.

Cont. on next page

Laboratorio

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina esté informado sobre estas nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la FDA bajo el CLIA.

Trasfondo

Las regulaciones del *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA) de 1988 requieren que una instalación esté debidamente certificada para llevar a cabo cada prueba. Por tanto, estas regulaciones requieren que las instalaciones con un Certificado de Dispensa (COW por sus siglas en inglés) solamente realicen pruebas con dispensa del CLIA.

Nota: Para asegurar que Medicare solamente pague a laboratorios con un certificado de dispensa CLIA para pruebas que son aprobadas como pruebas de complejidad con dispensa bajo el CLFS (*Clinical Laboratory Fee Schedule*), las reclamaciones de laboratorio se editan actualmente al nivel de certificación de CLIA.

Además, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) deben añadir códigos actualizados de pruebas al CLFS por mandato bajo la Sección 1833(h) de la Ley de Seguro Social, y el CR6021 anuncia las más recientes pruebas que la FDA ha aprobado como pruebas con dispensa bajo el CLIA.

A fin de que los laboratorios registrados y con dispensa CLIA puedan facturar estas pruebas, los códigos CPT asociados con éstos deben contener un modificador QW. La Tabla 1, a continuación, enumera los códigos CPT, las descripciones y fecha de vigencia para las más recientes pruebas que han sido aprobadas por la FDA como pruebas con dispensa bajo el CLIA. Por favor, observe que los códigos CPT para estas pruebas en la tabla deben tener un modificador QW para poder ser reconocidos como pruebas con dispensa.

Laboratory

Make sure that your billing staffs are aware of these newly approved FDA waived tests under CLIA.

Background

Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) regulations require that a laboratory facility be appropriately certified for each test that it performs. Further, these regulations require facilities with a Certificate of Waiver (COW) to perform only CLIA waived tests.

Note: To ensure that Medicare only pays laboratories with a CLIA certificate of waiver for tests that are approved as waived complexity under the Clinical Laboratory Fee Schedule (CLFS), laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level.

In addition, the Centers for Medicare & Medicaid Service (CMS) is mandated by Section 1833(h) of the Social Security Act to add updated test codes to the CLFS, and CR 6021 announces the latest tests that the FDA has approved as waived tests under CLIA.

In order for a CLIA-enrolled, waived laboratory to bill for these tests, the Current Procedural Terminology (CPT) codes associated with them must contain a QW modifier. Table 1, below, lists the CPT codes, descriptions, and effective dates for these latest tests that the FDA has approved as waived tests under CLIA. Please note that the CPT codes for the tests in the table must have the modifier QW to be recognized as waived tests.

Cont. on next page

Laboratorio

Laboratory

FDA-Pruebas con Dispensa bajo el CLIA FDA-Approved Waived Tests under CLIA

CPT Code	Description
80047QW dates of service on or after January 1, 2008	Basic Metabolic Panel (Calcium, Ionized)
80048QW dates of service on or after January 16, 2008	Basic Metabolic Panel, (Calcium, total)
80051QW dates of service on or after October 30, 2007	Electrolyte Panel
80053QW dates of service on or after January 16, 2008	Comprehensive Metabolic Panel
82042QW dates of service on or after October 4, 2006	Albumin; Urine or Other source, Quantitative, Each Specimen
82150QW dates of service on or after October 4, 2006	Amylase
82247QW dates of service on or after October 4, 2006	Bilirubin; Total
82977QW dates of service on or after October 4, 2006	Glutamyltransferase, Gamma (GGT)
84075QW dates of service on or after October 4, 2006	Phosphatase, Alkaline
84157QW dates of service on or after October 4, 2006	Protein, Total, Except by Refractometry; Other Source (e.g., Synovial Fluid, Cerebrospinal Fluid)
84520QW dates of service on or after October 4, 2006	Urea Nitrogen; Quantitative
87808QW dates of service on or after January 1, 2007	Infectious Agent Antigen Detection by Immunoassay with Direct Optical Observation; <i>Trichomonas Vaginalis</i>
87999QW dates of service on or after July 1, 2007	Unlisted Microbiology Procedure

Debe tener conocimiento que los Contratistas de la Parte B y A/B MACs no buscarán en sus archivos para retractarse de pagos o para hacer pagos retroactivos de reclamaciones procesadas antes de la implementación del CR6021. Sin embargo, harán ajustes a tales reclamaciones, si usted las trae a su atención.

Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial enviada a su Contratista o A/B MAC (CR6021), disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1527CP.pdf>.

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

Be aware that carriers and A/B MACS will not search their files to either retract payment or retroactively pay claim processed prior to implementation of CR6021, but they will adjust such claims if you bring them to their attention.

Additional Information

You can find the official instruction to your carrier or A/B MAC by going to CR 6021, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1527CP.pdf> on CMS website.

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

Pub. MLN6021/ Trans R1527CP / CR6021 / 05-30-08/ mlv rrc

Laboratorio

TARIFA FIJA DE LABORATORIO CLÍNICO - TARIFAS APROBADAS POR MEDICARE POR VIAJE PARA LA COLECCIÓN DE ESPECÍMENES

Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos 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 servicios de laboratorio clínico suministrados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5996, el cual aclara el pago aprobado por Medicare para el viaje de colección de especímenes, ya sea a base de millaje (Código P9603) o a base de tarifa fija (Código P9604), para el año calendario 2008.

Lo Que Usted Necesita Saber

Observe que los Contratistas de Medicare no reprocesarán reclamaciones que hayan sido procesadas antes de la implementación de las nuevas tarifas, a menos que dichas reclamaciones se traigan a su atención.

Lo Que Usted Necesita Hacer

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

Trasfondo

La parte B de Medicare cubre: (1) la tarifa de colección de especímenes, y (2) un estipendio para el técnico de laboratorio que realiza la toma de la muestra del paciente que esté en un hogar de convalecencia o confinado al hogar; el pago se hará a base de la tarifa fija de laboratorios clínicos. (Vea la Sección 1833(h)(3) del Acta de Seguro Social, disponible en el siguiente enlace en el Internet: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1833.htm.) Más aún, los códigos de viaje permiten el pago de estipendio de viaje, ya sea a base de millaje (Código P9603), o a base de una tarifa fija por viaje (Código P9604), y el pago del estipendio por viaje de colección se hace solamente si aplica un cargo por colección del especímenes.

Laboratory

CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE - MEDICARE TRAVEL ALLOWANCE FEES FOR COLLECTION OF SPECIMENS

Provider Types Affected

Clinical laboratories submitting claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for clinical laboratory services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5996 which clarifies payment of travel allowances, either on a per mileage basis (P9603) or on a flat rate basis (P9604) for Calendar Year (CY) 2008.

What You Need to Know

Note that Medicare contractors will not re-process claims that were processed before the new rates were implemented unless you bring such claims to their attention.

What You Need to Do

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

Background

Part B of Medicare covers 1) a specimen collection fee and 2) a travel allowance for a laboratory technician to draw the specimen from either a nursing home patient or homebound patient, and payment is made based on the clinical laboratory fee schedule. (See Section 1833(h)(3) of the Social Security Act at http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1833.htm on the Internet.) Furthermore, the travel codes allow for payment of the travel allowance either on a per mileage basis (P9603) or on a flat rate per trip basis (P9604), and payment of the travel allowance is made only if a specimen collection fee is also payable.

Cont. on next page

Laboratorio

El estipendio de viaje tiene la intención de cubrir los costos estimados del viaje de colección de especímenes (incluyendo el salario del técnico de laboratorio y gastos de viaje), y los Contratistas de Medicare tienen la discreción de escoger entre:

- Una tarifa fija o una tarifa por millaje, y
- Cómo establecer cada tipo de estipendio.

La tarifa fija por viaje (Código P9604) es de \$9.55, y la tarifa por millaje (Código P9603) es de \$0.955 por milla, y se utiliza en situaciones cuando el viaje promedio al hogar del paciente:

- La distancia de ida y vuelta es mayor de 20 millas, y
- Debe ser prorrateada en situaciones donde los especímenes se obtienen o se recogen de pacientes que no son beneficiarios de Medicare en el mismo viaje.

La tarifa por millaje de \$0.955 centavos por milla se computa mediante la tarifa federal de millaje de \$0.505 centavos por milla para gastos de auto, más unos \$0.45 centavos por milla adicionales para cubrir el tiempo y gastos de viaje del técnico de laboratorio. Los Contratistas de Medicare tienen la opción de establecer una tarifa por milla más alta, en exceso de los \$0.955 centavos por milla establecidos, si las condiciones locales así lo requieren.

La tarifa estándar para negocios se basa en un estudio de costos fijos y variables para operar un auto; el estudio se lleva a cabo anualmente por el Servicio de Rentas Internas (IRS por sus siglas en inglés). Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) revisan y actualizan la tarifa mínima de millaje, conjuntamente con las tarifas fijas de laboratorio clínico, según sea necesario.

Bajo cualquier método (ya sea tarifa fija o por millaje), cuando se realiza un viaje para la colección de múltiples especímenes (ejemplo, en un hogar de convalecencia), el componente del pago por viaje se prorratea a base del número de especímenes tomados en ese viaje (tanto para pacientes beneficiarios de Medicare, como para los no beneficiarios), ya sea al momento en que el laboratorio somete la reclamación, o cuando el Contratista de Medicare establece la tarifa fija.

Laboratory

The travel allowance is intended to cover estimated travel costs of collecting the specimen (including the laboratory technician's salary and travel expenses), and Medicare contractors have the discretion to choose:

- Either a flat rate or a mileage basis, and*
- How to set each type of allowance.*

The per flat rate trip basis travel allowance (P9604) is \$9.55, and the per mile travel allowance (P9603) is \$0.955 cents per mile and is used in situations where the average trip to the patients' homes is:

- Longer than 20 miles round trip, and*
- To be pro-rated in situations where specimens are drawn or picked up from non-Medicare patients in the same trip.*

The per mile allowance rate of \$0.955 cents per mile was computed using the Federal mileage rate of \$0.505 cents per mile for automobile expenses plus an additional \$0.45 cents per mile to cover the technician's time and travel costs. Medicare contractors have the option of establishing a higher per mile rate in excess of the minimum of \$0.955 cents per mile if local conditions warrant it.

The standard mileage rate for business is based on a study of the fixed and variable costs of operating an automobile, and the study is conducted on an annual basis for the Internal Revenue Service (IRS). CMS reviews the minimum mileage rate and updates it in conjunction with the clinical laboratory fee schedule as needed.

Under either method (i.e., flat rate allowance or per mile travel allowance), when one trip is made for multiple specimen collections (e.g., at a nursing home), the travel payment component is prorated based on the number of specimens collected on that trip (for both Medicare and non-Medicare patients) either at the time the claim is submitted by the laboratory or when the flat rate is set by the Medicare contractor.

Cont. on next page

Laboratorio

Nota: Debido a la confusión que algunos laboratorios tuvieron respecto a la tarifa por milla y la necesidad de reclamar una distancia mínima necesaria para que el técnico de laboratorio realizara el viaje de colección de especímenes, algunos Contratistas de Medicare han establecido políticas locales de pago a base de tarifa fija solamente.

No se permitirá al laboratorio, en ningún momento, facturar más millas de las consideradas razonables, o por viajes no realizados por el técnico de laboratorio.

Información Adicional

El CR5996 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI y A/B MAC sobre este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1524CP.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Laboratory

Note: Because of confusion that some laboratories have had regarding the per mile fee basis and the need to claim the minimum distance necessary for a laboratory technician to travel for specimen collection, some Medicare contractors have established local policy to pay based on a flat rate basis only.

At no time will a laboratory be allowed to bill for more miles than are reasonable or for miles not actually traveled by the laboratory technician.

Additional Information

The official instruction, CR 5996, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1524CP.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5996/ Trans R1524CP / CR5996 / 05-30-08/ mlv rrc

TARIFA FIJA DE LABORATORIOS CLÍNICOS - IMPLEMENTACIÓN DE LA SECCIÓN 113 DE LA LEGISLACIÓN DEL MEDICARE, MEDICAID AND STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM

Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare por servicios provistos a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5987, el cual alerta a los laboratorios clínicos que, vigente para pruebas de laboratorio provistas a partir del 1 de abril de 2008, la Ley de Extensión MMSCHIP de 2007 establece el pago para el código 83037 y 83037QW (Hemoglobin; glycosylated (A1c) by device) correlacionando el mismo para que sea igual al código 83036 (glycosylated (A1c)). Asegúrese que el personal a cargo de la facturación de su oficina tenga conocimiento de este cambio.

CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE - IMPLEMENTATION OF SECTION 113 MEDICARE, MEDICAID AND STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (MMSCHIP) LEGISLATION

Provider Types Affected

Clinical laboratories billing Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries, or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for services to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5987 which alerts clinical laboratories that, effective for tests furnished on or after April 1, 2008, the MMSCHIP Extension Act of 2007 sets payment for code 83037 and 83037QW (Hemoglobin; glycosylated (A1c) by device) by crosswalking it to be the same as 83036 (glycosylated (A1c)). Make certain your billing staffs are aware of this change.

Cont. on next page

Laboratorio

Trasfondo

La Extensión de la Ley MMSCHIP de 2007 se aprobó en diciembre de 2007 e incluyó la Sección 113. La Sección 113 de la legislación establece el precio para cualquier prueba diagnóstica para **HbA1C** que está rotulada por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para el uso en el hogar, igual a la tarifa de pago para la prueba de hemoglobina glicada (identificada a partir del 1 de octubre de 2007 mediante el Código HCPCS 83036 (y cualquier código subsiguiente)). La legislación es vigente para pruebas suministradas a partir del 1 de abril de 2008.

- Para el año calendario 2006, el CPT estableció que el nuevo código 83037 (*Hemoglobin; glycosylated (A1C) by device*) tenía autorización de la FDA para uso en el hogar. El Código CPT 83036, (*glycosylated (A1c)*), ya existía y tenía una tarifa de \$13.56 en las Tarifas Fijas de Laboratorios Clínicos.
- Para el año calendario 2006, CMS determinó que el Código 83037 se debe pagar mediante una tarifa que determine el contratista de la Parte B utilizando el método de "gap filling".
- Para el año calendario 2007, CMS estableció el pago para el Código 83037 mediante la correlación del mismo al Código 82985 (*Glycated protein*).
- Para pruebas suministradas a partir del 1 de abril de 2008, el pago para el Código 83037 o 83037QW será el mismo que el pago establecido en la Tarifa Fija de Laboratorios Clínicos para el Código 83036.

Su Contratista de Medicare ajustará las reclamaciones de servicios con fecha de servicio a partir del 1 de abril de 2008, procesadas previo a la implementación de este cambio, si usted trae dichas reclamaciones a la atención del contratista.

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR5987) enviada a su Contratista de Medicare, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R331OTN.pdf>.

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

Laboratory

Background

The MMSCHIP Extension Act of 2007 passed in December 2007 and included Section 113. Section 113 of the legislation set the price for any diagnostic test for HbA1C that is labeled by the Food and Drug Administration (FDA) for home use equal to the payment rate for a glycated hemoglobin test (identified as of October 1, 2007, by Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code 83036 (and any succeeding codes)). The legislation is effective for tests furnished on or after April 1, 2008.

- *For Calendar Year (CY) 2006, the Current Procedural Terminology (CPT) established new code 83037 Hemoglobin; glycosylated (A1C) by device cleared by the FDA for home use. CPT code 83036, glycosylated (A1c), already existed and was priced at \$13.56 on the clinical laboratory fee schedule.*
- *For calendar year 2006, CMS determined that code 83037 should be paid via carrier gap filling.*
- *For calendar year 2007, CMS set the payment for code 83037 by crosswalking it to code 82985 (Glycated protein).*
- *For tests furnished on or after April 1, 2008, the payment for 83037 or 83037QW will be the same as the payment on the clinical laboratory fee schedule for 83036.*

Your Medicare contractor will adjust claims for services on or after April 1, 2008, processed prior to implementation of this change if you bring such claims to the contractor's attention.

Additional Information

To see the official instruction (CR5987) issued to your Medicare contractor visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R331OTN.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5987/ Trans R331OTN / CR5987 / 04-11-08/ mlv rrc

Medicamentos

ACTUALIZACIONES AL PRECIO PROMEDIO DE VENTA (ASP)

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], 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]) por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5798 y le provee actualizaciones y adiciones al lenguaje en el *Medicare Claims Processing Manual* relacionado con la metodología de pago y precios de medicamentos ASP. Este artículo tiene fines informativos para que los proveedores sepan que la información se encuentra ahora en el manual de Medicare y que esta información ha sido suministrada en artículos *Medlearn Matters* previos.

Puntos Clave

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) proveen un archivo ASP a cada FI, Contratista de la Parte B, DME MAC y A/B MAC para el precio de los medicamentos. Cada FI, Contratista de la Parte B, DME MAC y A/B MAC debe aceptar los archivos ASP que CMS les facilita para establecer precios de facturas/reclamaciones de cualquier medicamento identificado en los archivos de precio, ya que estos representan el límite nacional de pago único establecido por CMS.

- Los límites de pago incluidos en la lista revisada ASP y en los archivos de pago de medicamentos NOC (*Not Otherwise Classified*) sustituyen los límites de pago para esos códigos publicados previamente.

Drugs

AVERAGE SALES PRICE (ASP) UPDATES

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs)) for services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5798 and provides you with updates and additions to language in the Medicare Claims Processing Manual relating to the ASP drug pricing and payment methodology. This article is informational to advise providers that the information is now in the Medicare manual and this information has been supplied in prior MLN Matters articles.

Key Points

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) provides an ASP file to each FI, carrier, DME MAC, and A/B MAC for pricing drugs. Each FI, carrier, DME MAC, and A/B MAC must accept the ASP files made available by CMS for pricing bills/claims for any drug identified on the price files as these files are the single national payment limit established by CMS.

- *The payment limits included in the revised ASP and Not Otherwise Classified (NOC) payment files supersede the payment limits for these codes in any earlier publication.*

Cont. on next page

Medicamentos

Metodología de Pago ASP

- La metodología de pago ASP se basa en data sometida trimestralmente a CMS por los fabricantes y la actualización y las nuevas guías establecidas que se relacionan a precios ASP, metodología de pago, y excepciones, se establecen en el Capítulo 17, Sección 20 del *Medicare Claims Processing Manual*, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c17.pdf>.
- La ausencia o presencia de códigos HCPCS y sus límites de pago asociados no es indicativo de cubierta de Medicare del medicamento o producto biológico. Igualmente, la inclusión de un límite de pago dentro de una columna específica no es indicativo de cubierta de Medicare del medicamento en esa categoría específica. Su contratista local de Medicare que procesa la reclamación hará tales determinaciones.
- La gran mayoría de medicamentos y biológicos a los que no se les asigna precio a base de costo o un sistema prospectivo de pago, se les asignará precio a base de la metodología ASP.
- El cálculo del precio de medicamentos compuestos lo realiza su contratista local.
- Medicamentos para pacientes de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por sus siglas en inglés) tanto por instalaciones ESRD independientes o en hospitales, así como medicamentos ambulatorios específicos con cubierta, y medicamentos y biológicos con estatus “pass-through” bajo el Sistema de Pago Prospectivo Ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés) se le asignará precio a base de la metodología ASP.
- El límite permitido de pago para medicamentos y biológicos cubiertos bajo la Parte B de Medicare, y que no son pagaderos a base del sistema de costo o del sistema prospectivo, es de 106% del ASP.

Drugs

ASP Payment Methodology

- *The ASP methodology is based on quarterly data submitted to CMS by manufacturers and the updated and new guidelines established that relate to ASP pricing, payment methodology, and exceptions, are stated in Chapter 17, Section 20 of the Medicare Claims Processing Manual at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c17.pdf> on the CMS website.*
- *The absence or presence of a Healthcare Common Procedure Coding System (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. Your local Medicare contractor processing the claim will make these determinations.*
- *The vast majority of drugs and biologicals not priced on a cost or prospective payment basis will be priced based on the ASP methodology.*
- *Pricing for compounded drugs is done by your local contractor.*
- *End Stage Renal Disease (ESRD) drugs furnished by both independent and hospital-based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the Outpatient Prospective Payment System (OPPS), will be priced based on the ASP methodology.*
- *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.*

Cont. on next page

Medicamentos

- El límite de pago para medicamentos ESRD, cuando se factura por separado por instalaciones ESRD independientes o con base en hospital, así como medicamentos ambulatorios específicos con cubierta, y medicamentos y biológicos con estatus “pass-through” bajo el OPSS, serán pagaderos a base del 106% del ASP.
- Para fines de identificar medicamentos “single source” y “productos biológicos” sujetos a pago bajo la Sección 1847A, generalmente CMS (y sus contratistas) utilizarán el proceso de varios pasos en el que considera:
 1. La aprobación por parte de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés);
 2. Equivalentes terapéuticos, según lo haya determinado la FDA; y
 3. La fecha en que se vendió por primera vez en los Estados Unidos.
- Para un producto biológico (según evidenciado por una nueva Aplicación de Licencia Biológica de la FDA o cualquier otra aprobación relevante de la FDA) o medicamentos “single source” (esto es, un medicamento para el cual no hay dos o más medicamentos clasificados como equivalentes en la más reciente edición del *Orange Book* de la FDA) que se vendieron por primera vez en los Estados Unidos a partir del 1 de octubre de 2003, el límite de pago para un producto biológico o medicamento “single source” se basará en información de precios de productos mercadeados o vendidos bajo la aprobación aplicable de la FDA. Según resulte apropiado, se asignará un código HCPCS único para facilitar el pago por separado, el cual se hará funcional mediante el uso de códigos HCPCS NOC.

Excepciones a la Metodología de Pago ASP

- Los límites de pago para sangre y productos sanguíneos (excepto factores de coagulación) y que no son pagaderos a base de cargos razonables o a base de un sistema prospectivo de pago, se determinan de la misma forma en que se determinaron los límites de pago el 1

Drugs

- *The payment allowance limits for ESRD drugs when separately billed by freestanding and hospital-based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the OPSS, will be paid based on 106 percent of the ASP.*
- *For the purposes of identifying “single source drugs” and “biological products” subject to payment under Section 1847A, generally CMS (and its contractors) will utilize a multi-step process, in which CMS considers:*
 1. *The Food & Drug Administration (FDA) approval;*
 2. *Therapeutic equivalents as determined by the FDA; and*
 3. *The date of first sale in the United States.*
- *For a biological product (as evidenced by a new FDA Biologic License Application or other relevant FDA approval) or a single source drug (that is, not a drug for which there are 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, the payment limit for a biological product or single source drug will be based on the pricing information for products marketed or sold under the applicable FDA approval. As appropriate, a unique HCPCS code will be assigned to facilitate separate payment, which may be made operational through use of “not otherwise classified” HCPCS codes.*

Exceptions to the ASP Payment Methodology

- *The payment allowance limits for blood and blood products (other than blood clotting factors) that are not paid on a reasonable charge or prospective payment basis, are determined in the*

Cont. on next page

Medicamentos

de octubre de 2003. Específicamente, los límites de pago para sangre y productos sanguíneos son el 95% del AWP reflejado en el compendio publicado.

- 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 precio AWP reflejado en el compendio publicado el 1 de octubre de 2003, a menos que se trate de medicamentos compuestos o medicamentos suministrados incidentalmente a un servicio profesional. Los límites de pago para medicamentos de infusión suministrados a través de equipo DME cubierto, que no está listado 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 medicamentos compuestos o medicamentos suministrados incidentalmente a un servicio profesional.
- Los límites de pago para vacunas de influenza, neumococo y Hepatitis B son el 95% del precio AWP reflejado en el compendio publicado, excepto cuando la vacuna se administró en el departamento ambulatorio de un hospital, en cuyo caso se pagará a base de costo razonable.
- Los límites de pago para medicamentos y biológicos no incluidos en el Archivo de Medicamentos ASP de la Parte B de Medicare o Medicamentos No Clasificados (NOC), excepto medicamentos y biológicos nuevos producidos y distribuidos bajo un nuevo uso (o aplicación) de un medicamento aprobado por la FDA, estarán basado en el Costo de Adquisición del Mayorista (WAC, por sus siglas en inglés) o en el precio de factura, excepto cuando cae bajo el sistema OPPS donde el límite es el 95% del Precio Promedio de Mayorista (AWP, por sus siglas en inglés) publicado. Al determinar los límites de pago basados en WAC, los contratistas siguen la metodología especificada en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 17 (*Drugs and Biologicals*, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS:

Drugs

same manner the payment allowance limits were determined on October 1, 2003. Specifically, the payment allowance limits for blood and blood products are 95 percent of the average wholesale price (AWP) as reflected in the published compendia.

- *The 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 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 Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File, other than new drugs 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 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 the Medicare Claims Processing*

Cont. on next page

Medicamentos

<http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c17.pdf>) para calcular el AWP, pero sustituyen el WAC por el AWP. El límite de pago es el 100% del precio menor WAC de marca, o la mediana del precio WAC del producto genérico.

- Los Contratistas de la Parte B, DME MACs y A/B MACs desarrollarán límites de pago para medicamentos cubiertos cuando CMS no provea los límites de pago en el Archivo de Precios de Medicamentos ASP.
- Los límites de pago para medicamentos y biológicos nuevos que se producen o distribuyen bajo un nuevo uso (o aplicación) de un medicamento aprobado por la FDA, y que no están incluidos en el Archivo de Precios de Medicamentos ASP de la Parte B de Medicare o Medicamentos No Clasificados (NOC), se basará en el 106% del precio WAC, o el precio de factura, si el WAC no está publicado, excepto cuando caiga bajo el sistema de pago OPPS donde el límite de pago es el 95% del precio AWP publicado.
- Los límites de pago para radiofármacos no están sujetos al ASP. Los Contratistas determinarán los límites de pago para radiofármacos a base de la metodología en vigor a partir de noviembre del 2003, para aquellos radiofármacos suministrados en otro lugar que no sea el departamento ambulatorio de un hospital. Favor de referirse al Capítulo 17, Sección 90.2 del *Medicare Claims Processing Manual* para radiofármacos suministrados en el departamento ambulatorio de un hospital.

Información Adicional

Usted puede ver la instrucción oficial (CR5798) enviada a su Contratista de Medicare, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1513CP.pdf>.

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

Los archivos de la metodología de pago ASP se encuentran publicados en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/>.

Drugs

Manual, Chapter 17, Drugs and Biologicals, <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c17.pdf> on the CMS website, for calculating the AWP, but substitutes WAC for AWP. The payment limit is 100 percent of the lesser of the lowest-priced brand or median generic WAC.

- *Carriers, DME MACs, and A/B MACs will develop payment allowance limits for covered drugs when CMS does not supply the payment allowance limit on the ASP drug pricing 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 Not Otherwise Classified (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.*
- *The payment allowance limits for radiopharmaceuticals are not subject to ASP. Carriers will 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 department. Please refer to Chapter 17, Section 90.2 of the Medicare Claims Processing Manual regarding radiopharmaceuticals furnished in the hospital outpatient department.*

Additional Information

You may see the official instruction (CR5798) issued to your Medicare contractor by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1513CP.pdf> on the CMS website.

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

The ASP methodology files are posted at <http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> on the CMS website.

Pub. MLN5798/ Trans R1513CP / CR5798/ 05-23-08/ mlv rrc

Medicamentos

MODIFICACIONES NECESARIAS AL SISTEMA DE PROCESAMIENTO PARA ACEPTAR Y TRANSFERIR A MEDICAID LOS CÓDIGOS NACIONALES DE MEDICAMENTOS Y LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES SOMETIDAS EN EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN EN PAPEL CMS-1500

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones en papel mediante el formulario CMS-1500 a 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] y Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés] por ciertos medicamentos administrados por médicos a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicaron el CR5835 para notificar a los médicos y suplidores que usan el formulario CMS-1500 (aquellos proveedores que cualifican para una dispensa del *Administrative Simplification Compliance Act* (ASCA) que se están haciendo cambios a los sistemas de Medicare para que concuerden con las instrucciones que permitan someter códigos NDC de medicamentos e información sobre cantidades en el formulario CMS-1500.

Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo solamente aplica a aquellos proveedores elegibles a someter reclamaciones en papel de pacientes elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Tales reclamaciones tienen que incluir el NDC y las cantidades correspondientes de medicamentos administrados por el médico. La sección **Puntos Clave** de este CR resume los cambios requeridos en el formulario CMS-1500.

Drugs

MEDICARE SHARED SYSTEMS MODIFICATIONS NECESSARY TO ACCEPT AND CROSSOVER TO MEDICAID NATIONAL DRUG CODES (NDC) AND CORRESPONDING QUANTITIES SUBMITTED ON CMS-1500 PAPER CLAIMS

Provider Types Affected

All physicians, providers, and suppliers who submit paper claims using Form CMS-1500 to Medicare contractors (carriers, Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and durable medical equipment Medicare Administrative Contractors (DME/MACs)) for certain physician administered drugs provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued Change Request (CR) 5835 that notifies physicians and suppliers who use Claim Form CMS-1500 (those providers who qualify for a waiver from the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA)) that changes are being made to Medicare systems to conform with instructions for submitting NDC drug code and quantity information on Form CMS-1500.

What You Need to Know

This article only applies to those providers eligible to submit paper claims and who do so for patients who are dually eligible for Medicaid and Medicare. Such claims need to include NDCs and corresponding quantity amounts for physician-administered drugs. The Key Points section of this CR outlines the changes required in the Form CMS-1500.

Cont. on next page

Medicamentos

Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese de que el personal a cargo de facturación en su oficina tenga conocimiento de estos cambios en los requisitos de contenido de reclamaciones en papel.

Trasfondo

El *Deficit Reduction Act* (DRA) del 2005 requiere que las agencias estatales de Medicaid provean para poder recoger los códigos NDC (*National Drug Codes*) en todas las reclamaciones para ciertos tipos de medicamentos administrados por el médico para propósitos de facturar los reembolsos del fabricante de Medicaid. Antes de la vigencia del DRA, las oficinas de médicos, departamentos ambulatorios de hospitales y clínicas generalmente utilizaban los códigos HCPCS para facturar a Medicaid por medicamentos despachados a pacientes de Medicaid. Sin embargo, debido a que las agencias estatales de Medicaid tienen el requisito de facturar al fabricante por reembolsos haciendo uso de los NCDs de medicamentos para los cuales el estado ha realizado pagos, frecuentemente los estados no tenían la capacidad para cumplir con los requisitos del reembolso para medicamentos administrados por el médico. Los requisitos para recoger los NCDs entraron en vigor el 1 de enero de 2007. Además, a fin de tener participación financiera federal (FFP por sus siglas en inglés) disponible para estos medicamentos, comenzando el 1 de enero de 2008 las agencias estatales de Medicaid deben estar en cumplimiento con los requisitos. Estos requisitos se implementaron en la regulación final publicada el 17 de julio de 2007.

También, el campo para la cantidad en el formulario de papel CMS-1500 debe capturarse en todas las reclamaciones de transferencia (*crossover*) para facturación de Medicaid, según lo establece el *National Uniform Claims Committee* (NUCC). También es necesario informar las cantidades de medicamentos administrados por médicos y facturadas a Medicaid para que los estados puedan le puedan facturar a los fabricantes por los reembolsos de medicamentos de Medicaid.

Drugs

What You Need to Do

Make certain your office staffs are aware of these changes in the content requirements of your paper claims.

Background

The Deficit Reduction Act (DRA) of 2005 required State Medicaid agencies to provide for the collection of National Drug Codes (NDC) on all claims for certain physician-administered drugs for the purpose of billing manufacturers for Medicaid drug rebates. Prior to the DRA, physicians' offices, outpatient hospital departments and clinics generally used Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes to bill Medicaid for drugs dispensed to Medicaid patients. However, because State Medicaid agencies are required to invoice manufacturers for rebates using NDCs for drugs for which the States have made payments, often States were not able to fulfill the rebate requirements for physician-administered drugs. The requirements for the collection of NDCs became effective beginning January 1, 2007. In addition, beginning January 1, 2008, in order for Federal financial participation (FFP) to be available for these drugs, State Medicaid agencies must be in compliance with the requirements. These requirements were implemented in a final rule published on July 17, 2007.

Also, the quantity field of the CMS-1500 paper claim should be captured on all crossover claims for Medicaid billing, as provided for by the National Uniform Claims Committee (NUCC). Information regarding the quantities of physician-administered drugs billed to Medicaid is also necessary for States to bill manufacturers for Medicaid drug rebates.

Cont. on next page

Medicamentos

Puntos Clave

Cuando se le requiera someter el número de medicamento NDC y la información sobre cantidad para reembolsos de Medicaid en el formulario de papel CMS-1500, debe saber lo siguiente:

- Someta el código NDC en la sección sombreada en rojo de la línea de servicio, en las posiciones 01 hasta la 13.
- El NDC debe estar precedido del cualificador N4 y seguido inmediatamente del código NDC de 11 dígitos (ejemplo; **N499999999999**).
- Reporte la cantidad del NDC en las posiciones 17 hasta la 24, en la misma sección sombreada en rojo. La cantidad debe estar precedida del cualificador apropiado: UN (unidades), F2 (unidades internacionales), GR (gramos) o ML (mililitros). Existen seis posiciones disponibles para indicar la cantidad. Si la cantidad es menor de seis posiciones, la entrada debe alinearse hacia la izquierda, con espacios que llenen las posiciones remanentes.

Información Adicional

El CR5835 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, DME/MAC o A/B MAC, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1401CP.pdf>.

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

Drugs

Key Points

When required to submit NDC drug number and quantity information for Medicaid rebates on the CMS-1500 paper claim be aware of the following:

- *Submit the NDC code in the red shaded portion of the detail line item in positions 01 through position 13.*
- *The NDC is to be preceded with the qualifier N4 and followed immediately by the 11 digit NDC code (e.g. N499999999999).*
- *Report the NDC quantity in positions 17 through 24 of the same red shaded portion. The quantity is to be preceded by the appropriate qualifier: UN (units), F2 (international units), GR (gram) or ML (milliliter). There are six positions available for quantity. If the quantity is less than six positions, the entry should be left justified with spaces filling the remaining positions.*

Additional Information

To see the official instruction (CR5835) issued to your Medicare Carrier, DME/MAC, or A/B MAC refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1401CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5835/ Trans R1401CP / CR5835 / 12-21-08/ mlv rrc

Contrato

ANUNCIO DE LA PUBLICACIÓN DE LA REVISIÓN AL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN A MEDICARE CMS-855

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicaron la revisión del Formulario de Solicitud de Suscripción a Medicare CMS-855 en marzo de 2008. Con excepción de los proveedores que se suscriben como hospital especializado mediante el formulario CMS-855A, los Contratistas de Medicare continuarán aceptando la versión del 2006 del formulario de suscripción a Medicare hasta el mes de junio de 2008. Los proveedores y suplidores deben comenzar a utilizar el nuevo formulario de solicitud de suscripción a Medicare inmediatamente. Inicialmente, estas solicitudes estarán disponibles solamente a través del sitio Web de suscripción de proveedores de CMS. El enlace a este sitio Web se incluye en la sección **Información Adicional** de este artículo.

Durante el año pasado, CMS ha recibido numerosos comentarios y sugerencias respecto a las revisiones propuestas a los formularios de solicitud de suscripción a Medicare. CMS ha evaluado los comentarios y ha adoptado muchas de las revisiones sugeridas. CMS también ha incorporado un número de cambios y mejoras (vea la Sección **Puntos Clave** más adelante) para aclarar el proceso de registro y para reducir la carga impuesta al proveedor y las comunidades de suplidores.

Puntos Clave

Este artículo de Edición Especial resume las revisiones más significativas al formulario de suscripción a Medicare y se detallan a continuación:

Cambios Específicos a la Solicitud para Médicos y Profesionales de la Salud (CMS-855I)

Enrollment

ANNOUNCING THE RELEASE OF THE REVISED CMS-855 MEDICARE ENROLLMENT APPLICATIONS

Provider Types Affected

All Medicare physicians, providers, and suppliers.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued revised CMS-855 Medicare enrollment applications in March 2008. With the exception of providers enrolling as a specialty hospital on the CMS-855A, Medicare contractors will continue to accept the 2006 version of the Medicare enrollment application through June 2008. Providers and suppliers should begin to use the new Medicare enrollment applications immediately. Initially, these applications will be available only from the CMS provider enrollment web site. The link for that CMS web site is listed in the Additional Information section of this article.

Over the last year, CMS has received numerous comments and suggestions regarding the proposed revisions to the Medicare enrollment applications. CMS reviewed the comments and adopted many of the suggested revisions. Also, CMS incorporated a number of enhancements and changes (see Key Points below) to clarify the enrollment process and to reduce the burden imposed on the provider and supplier communities.

Key Points

This Special Edition outlines the significant revisions to the Medicare enrollment applications and they are as follows:

Application-Specific Changes for Physicians and Non-Physician Practitioners (CMS-855I)

Cont. on next page

Contrato

- Se eliminó el requisito en la Sección 17 de que los proveedores incluyan la notificación del NPI que se recibe del *National Plan and Provider Enumeration System* como anejo.

Cambios Específicos a la Solicitud para Prácticas Grupales/Clínicas y Ciertos Otros Suplidores (CMS-855B)

- Se eliminó el tipo de proveedor “Agencia Voluntaria de Salud/Caridad” de la Sección 2A.
- Aclara los tiempos límites de reporte a través del formulario CMS-855B.
- Añadió información sobre la asociación del número NPI-Legado y expandió las combinaciones de número NPI-Legado que el proveedor puede someter en la Sección 4A, de **1 a 5**.
- Eliminó el requisito en la Sección 17 de que los proveedores incluyan la notificación del NPI que se recibe del *National Plan and Provider Enumeration System* como anejo.
- Requiere que las Instalaciones Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs por sus siglas en inglés) sometan copia de su póliza de seguro de responsabilidad comprensiva en la Sección 17.
- Añadió una lista de los nuevos estándares para IDTFs que se encuentran en el 42 CFR 410.33(g) en un documento separado en el Anejo 2.
- Añadió instrucciones que explican los requisitos de seguro de responsabilidad para los IDTFs en el 42 CFR 410.33(g)(6) al Anejo 2.

Cambios Específicos a la Solicitud de Proveedores Institucionales (CMS-855A)

- Revisó la Sección 2A2 para incluir un campo específico que los hospitales especializados deben marcar cuando completan la solicitud. También se añadieron al formulario las instrucciones que explican la definición de **hospital especializado**.

Enrollment

- *Removed the requirement in Section 17 that providers attached their National Provider Identifier notification that is received from the National Plan and Provider Enumeration System.*

Application-Specific Changes for Clinics/ Group Practices and Certain Other Suppliers (CMS-855B)

- *Removed the supplier type “Voluntary Health/Charitable Agency” from Section 2A.*
- *Clarified reporting timeframes throughout the CMS-855B.*
- *Added additional information about the National Provider Identifier (NPI)-legacy association and expanded the number of NPI – legacy combinations that a provider may enter in Section 4A from one to five.*
- *Removed the requirement in Section 17 that providers attach their National Provider Identifier notification that is received from the National Plan and Provider Enumeration System.*
- *Required that an Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) submit copies of its comprehensive liability insurance policy in Section 17.*
- *Added a list of the new IDTF standards found in 42 CFR 410.33(g) on a separate page in Attachment 2.*
- *Added instructions that explain the IDTF liability insurance requirements in 42 CFR 410.33(g)(6) to Attachment 2.*

Application-Specific Changes for Institutional Providers (CMS-855A)

- *Revised Section 2A2 to include a specific box that specialty hospitals must check when completing the application. Instructions explaining the definition of a “specialty hospital” were also added to the form.*

Cont. on next page

Contrato

- Aclaró el término “**localidad de práctica primaria**” en las instrucciones de la Sección 4. (Esta aclaración no cambió ningún elemento de data en el formulario.)
- Añadió información sobre la asociación del número NPI-Legado y expandió las combinaciones de número NPI-Legado que el proveedor puede someter en la Sección 4A, de **1 a 5**.
- Eliminó el elemento de dato “*Medicare Year-End Cost Report Date*” de la Sección 2.
- Se eliminó el requisito en la Sección 17 para que los proveedores incluyan la notificación del NPI que se recibe del *National Plan and Provider Enumeration System* como anejo.

Cambios Específicos a la Solicitud para Suplidores DMEPOS (CMS-855S)

- Añadió los estándares de suplidores 22-25 a la lista de estándares de suplidores DMEPOS que se encuentran en la página 31.

Información Adicional

Si desea información adicional sobre el proceso de suscripción a Medicare, incluyendo la dirección postal y el número de teléfono del Contratista de la Parte B o FI que sirve su área, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>.

El artículo de Edición Especial SE0612 contiene información útil sobre el proceso de registro a Medicare. El mismo se encuentra disponible para evaluación en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0612.pdf>.

Enrollment

- *Clarified the term “primary practice location” in the instructions in Section 4. (The clarification did not change any data elements on the form.)*
- *Added additional information about the National Provider Identifier (NPI)-legacy association and expanded the number of NPI – legacy combinations that a provider may enter in Section 4A from one to five.*
- *Removed the data element “Medicare Year-End Cost Report Date” from Section 2.*
- *Removed the requirement in Section 17 that providers attach their National Provider Identifier notification that is received from the National Plan and Provider Enumeration System.*

Application-Specific Changes for DMEPOS Suppliers (CMS-855S)

- *Added supplier standards 22 - 25 to the list of DMEPOS supplier standards found on page 31.*

Additional Information

For additional information regarding the Medicare enrollment process, including the mailing address and telephone number for the carrier or FI serving your area, visit <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll> on the CMS website.

Special Edition article SE0612 contains helpful information about the Medicare enrollment process. You may review that article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0612.pdf> on the CMS website.

Pub. SE810 / mlv rrc

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
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	May 1, 2008
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

Cont. on next page

Contrato

Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
García Medina, Benjamín A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb. Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jiménez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
López Morales, Ángel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
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
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

Updated: June 18, 2008/SS-SCV

National Provider Identifier (NPI)

INSTRUCCIONES PARA PROVEEDORES INSTITUCIONALES Y SUPLIDORES QUE FACTURAN MAMOGRAFÍAS AUTO-REFERIDAS SOBRE EL NPI DEL MÉDICO QUE ATIENDE O REFIERE

Proveedores Afectados

Proveedores institucionales y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés] por concepto de servicios de mamografía auto-referida suministrados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6023, el cual brinda instrucciones del NPI a proveedores institucionales y suplidores que facturan servicios de mamografías auto-referidos. No deben utilizar el UPIN SLF000 en las reclamaciones que sometan a partir del 23 de mayo de 2008.

Lo Que Usted Necesita Saber

Se instruye a los proveedores de servicios de mamografía a que reporten el NPI correspondiente a su instalación en el campo del médico que atiende cuando el servicio se auto refiere por el paciente (beneficiario) y cuando no esté disponible el NPI del médico que atiende o refiere.

Lo Que Usted Necesita Hacer

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

Trasfondo

Vigente el 23 de mayo de 2008, se requiere que los proveedores de servicios de salud, suplidores y planes de salud (excepto los planes pequeños) utilicen el NPI. Al evaluar las necesidades de negocio de los programas de Medicare, en preparación para la implementación del NPI, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS

INSTRUCTIONS FOR INSTITUTIONAL PROVIDERS AND SUPPLIERS BILLING SELF- REFERRED MAMMOGRAPHY CLAIMS REGARDING THE ATTENDING/REFERRING PHYSICIAN NPI

Provider Types Affected

Institutional providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for self-referred mammography services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 6023 which provides National Provider Identifier (NPI) instructions for institutional providers and suppliers billing for self-referred mammography services. Do not use the surrogate unique physician identification number (UPIN) of "SLF000" on claims effective May 23, 2008.

What You Need to Know

Providers of mammography services are instructed to report their own facility NPI in the attending physician NPI field in cases where the service is self-referred by the patient (beneficiary) and no attending/referring physician NPI is available.

What You Need to Do

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

Background

Effective May 23, 2008, covered health care providers, suppliers and health plans (other than small plans) are required to use National Provider Identifiers (NPIs). In reviewing the Medicare program's business needs in preparation for the implementation of the NPI,

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

por sus siglas en inglés) identificaron que era necesario publicar instrucciones aclaratorias para los suplidores e instituciones que facturan servicios de mamografías auto referidas.

El *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 18 (*Preventive and Screening Services*), Sección 20 (*Mammography Services*), indica que la orden o referido de médico no es necesaria para que el servicio de mamografía de cernimiento tenga cubierta. En los casos de auto referido, no hay un NPI del médico que atiende/refiere, o del suplidor que brinda el servicio de mamografía. El CR6023 modifica la instrucción para solucionar esto en casos de auto referido.

En el pasado, los FIs de Medicare instruían a los proveedores a usar el número UPIN sustituto "SLF000" en el campo UPIN del Médico que Atiende en el formulario de reclamación institucional. Debido a que el UPIN ya no será aceptado en reclamaciones de Medicare a partir del 23 de mayo de 2008, se hace necesario un método alternativo para identificar los casos de auto referido.

Por tanto, el CR6023 aclara cómo los proveedores y suplidores reflejarán esta situación en reclamaciones de Medicare sometidas a partir del 23 de mayo de 2008:

- Los proveedores institucionales que someten reclamaciones de servicio de mamografía auto referido duplicarán el NPI de la institución en el campo del NPI del médico que atiende en sus reclamaciones; y
- Los suplidores que someten reclamaciones de servicios de mamografía auto referidos duplicarán el NPI del suplidor en el campo del NPI del médico que atiende o refiere en sus reclamaciones.

Información Adicional

El CR6023 es la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B, FI y A/B MAC sobre este cambio; el mismo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1519CP.pdf>.

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

the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) identified that clarifying instructions are needed for institutional and supplier billing of self-referred mammography services.

The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 18 (Preventive and Screening Services), Section 20 (Mammography Services) indicates that a doctor's prescription or referral is not necessary for screening mammography services to be covered. In self-referral cases, an NPI for an attending/referring physician is not available to the institution or supplier providing the mammography service. CR6023 modifies that instruction to alleviate this in self-referral cases.

In the past, Medicare Fiscal Intermediaries (FIs) instructed providers to use the surrogate UPIN of "SLF000" in the Attending Physician UPIN field on the institutional claim form. Since UPINs will no longer be accepted on Medicare claims after May 23, 2008, an alternate means of identifying self-referral is needed.

Therefore, CR 6023 clarifies how providers and suppliers will reflect this situation on Medicare claims submitted on or after May 23, 2008, as follows:

- *Institutional providers submitting claims for self-referred mammography services will duplicate the institution's own NPI in the attending physician NPI field on their claims; and*
- *Suppliers submitting claims for self-referred mammography services will duplicate the supplier's own NPI in the attending/referring physician NPI field on their claims.*

Additional Information

The official instruction, CR 6023, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1519CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6023/ Trans R1519CP / CR6023 / 05-30-08/ 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