

¡Qué Bueno Que Preguntó!

MENSAJE DE FIRST COAST SERVICE OPTIONS (FCSO)

BIENVENIDOS AL SITIO WEB DE TRANSICIÓN J9 DE FCSO

Los Centros de Servicio para Medicare y Medicaid anunció el 12 de septiembre que a First Coast Service Options (FCSO) se le ha otorgado el contrato de Contratista Administrativo de Medicare para la jurisdicción 9 (MAC J9, por sus siglas en inglés). Esta noticia significa que FCSO será responsable de la administración combinada de las Partes A y B de Medicare para el pago de reclamaciones y sus tareas relacionadas en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. Además, FCSO ha subcontratado con Triple-S, Inc., un contratista de Medicare saliente localizado en San Juan, Puerto Rico, para ejecutar ciertas funciones de la Parte A y la Parte B para los proveedores en Puerto Rico.

Cont. en página 7

We Are Glad You Asked!

MESSAGE FROM FIRST COAST SERVICE OPTIONS (FCSO)

WELCOME TO FCSO'S J9 TRANSITION WEB SITE

The Centers for Medicare & Medicaid Services announced September 12 that First Coast Service Options (FCSO) has been awarded the Medicare Administrative Contractor Jurisdiction 9 (MAC J9) contract. This news means FCSO will be responsible for the combined administration of Part A and Part B Medicare claims payment and related duties in Florida, Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands. FCSO has also subcontracted with Triple-S, Inc., an outgoing Medicare contractor in San Juan, Puerto Rico, to perform certain Part A and Part B functions in Puerto Rico.

Cont. on page 7



Emission Date: December 22, 2008

Volume 96 / Oct., Nov., and Dec., 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!

Mensaje de First Coast Service Options portada y página 7	
Actualización al deducible, coaseguro y prima	7
Preparándose para una transición	8

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer	9
---	---

Transición J9 de FCSO

Preguntas y respuestas generales - transición	10
Calendario de eventos de transición - PR	13
Calendario de eventos de transición - PR	14
Calendario de eventos de transición - VI	15

Recursos de Información y Educación

Anuncio sobre participación en Medicare	16
Implementación del nuevo código de ajuste	21
Implementación de los nuevos requisitos de autenticación	23
Actualización anual del 2009 para el pago HPSA ...	28
Actualización de los códigos de categoría	29
Limitación al recobro (935) de pagos indebidos	30
Pasos para que las organizaciones tengan acceso a sus informes PQRI	31
Formulario CMS R-131 revisado -	36
Pasos para que profesionales individuales accedan sus informes PQRI	41
Incorporación de revisiones recientes al capítulo 10 ..	45

HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	47
--	----

Política Médica

Cubierta de Medicare para corazón artificial	50
Aclaración sobre pagos de Medicare para costos ..	59

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

TABLA DE CONTENIDO - Cont.

Política Médica

Imágenes de tomografía por emisión de positrones ..	63
Monitorización del tiempo de protrombina (PT/INR) ...	65
Recordatorio de 2008 sobre registro de facturación	70
Pagos de Medicare por servicios de salud mental ..	74
Emergencia de la influenza pandémica	75
Prueba exploratoria del ADN fecal para cáncer	75
Establecimiento de periodos y criterios de reportar	76
Terapias de presión positiva continua de las vías ..	76
Aclaración del <i>transmittal</i> 1470 - audiología	77
Angioplastia transluminal percutánea intracraneal .	77
Examen pélvico exploratorio	78
Tomografía computadorizada de angiografía	78
Indicador para el componente técnico de servicios	79

Políticas de Pago

Actualización trimestral de octubre de 2008 a la base de datos	81
La modificación clínica del ICD-10	84
Ley de mejoras para pacientes y proveedores	84
Actualización del cargo razonable para el 2009 de tablillas, yeso	86
Actualización anual del ICD-9-CM	87

Reclamaciones

Reclamaciones sometidas por el beneficiario	88
Actualización a los códigos del aviso de la remesa	91

Centro de Enfermería Especializada

Revisión a los éditos del CWF	92
Actualización trimestral a los códigos HCPCS	92

Ambulancia

Aviso de actualizaciones trimestrales - tarifas	93
El factor de inflación de ambulancia para el 2009 ...	93

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Nuevos requisitos para información de orden/referido	94
Actualización de octubre 2008 al sistema de pago .	96
Actualización al sistema de pago a los ASC	97

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa	98
Tarifa fija de laboratorio clínico - tarifa por viaje ...	101
Módulo de éditos de octubre de 2008 (NCD)	104
Requisitos de la firma del médico para pruebas ...	105

Medicamentos

Posposición del Programa CAP	106
Actualización trimestral de medicamentos	110
Actualización trimestral al Programa CAP	111
Nuevas pruebas de dispensa	112
Revisiones al Programa CAP	113

Contrato

Programa CAP - NPI	114
Proveedores Reinstalados/Sancionados	106
Vacunas de neumococo, influenza y	118
NPI para proveedores secundarios	contraportada

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!

<i>Message from First Coast Service</i>	Cover and page 7
<i>Update to Medicare Deductible, Coinsurance</i>	7
<i>Preparing for a Transition from an Fi/Carrier</i>	8

Opt-Out Providers from the Medicare Program

<i>Medicare Program Opt-Out Providers</i>	9
---	---

FCSO's J9 Transition

<i>General Frequently Ask Questions</i>	10
<i>Calendar of Events J9 Transition - PR</i>	14
<i>Calendar of Events J9 Transition - U.S. VI</i>	15

Information and Education Resources

<i>Announcement about Medicare Participation - 2009</i> ..	16
<i>Implementation of a New Claim Adjustment Reason Code</i>	21
<i>Implementation of New Provider Authentication Requirement</i>	23
<i>2009 Annual Update for the HPSA Bonus Payment</i> ...	28
<i>Claim Status Category Code and Claim Status Code</i>	29
<i>Limitation on Recoupment (935) for Provider,</i>	30
<i>Steps for Organization to Access their 2007 PQRI</i>	31
<i>Revised Form CMS R-131 Advance Beneficiary</i>	36
<i>Steps for Individual Eligible Professional - PQRI</i>	41
<i>Incorporation of Recent Regulatory - Chapter 10</i>	45

H I P A A

<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i>	47
---	----

Medical Policy

<i>Medicare Coverage of Artificial Hearts</i>	50
<i>Clarification of Medicare Payment for Routine Costs</i> ..	59
<i>Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography</i>	63

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.

Medical Policy

<i>Prothrombin Time Monitoring for Home</i>	65
<i>2008 Reminder for Roster Billing and Centralized</i>	70
<i>Medicare Payments for Part B Mental Health</i>	74
<i>Influenza Pandemic Emergency</i>	75
<i>Screening DNA Stool Test for Colorectal Cancer</i>	75
<i>Clarification to Audiology Update - Transmittal 1470</i> ..	77
<i>Screening Pelvic Examination</i>	78
<i>Cardiac Computed Tomography Angiography</i>	78
<i>Indicator for the TC of Purchased Diagnostic Services</i>	79

Billing Policies

<i>October Update to the 2008 Medicare Fee Schedule</i>	81
<i>Quarterly Update to CCI Edits - Version 14.3</i>	82
<i>The ICD-10 Clinical Modification/Procedure</i>	84
<i>Medicare Improvements for Patients and Providers</i> ...	84
<i>Reasonable Charge Update for 2009 for Splints,</i>	86
<i>Annual Update of the ICD-9-CM</i>	87

Claims

<i>Beneficiary Submitted Claims</i>	88
<i>Remittance Advice Remark Code and Adjustment</i>	91

Skilled Nursing Facility

<i>Revision to SNF CWF Editing</i>	92
<i>October Update to 2008 Annual HCPCS Codes</i>	92

Ambulance

<i>Notification of New Quarterly Updates to the Fee</i>	93
<i>Ambulance Inflation Factor for CY 2009</i>	93

Ambulatory Surgical Center (ASC)

<i>New Requirement for Ordering/Referring Information</i>	94
<i>October 2008 Update to the ASC Payment System</i> ...	96
<i>July 2008 Update to the ASC Payment System</i>	97

Laboratory

<i>New Waived Tests</i>	98
<i>Clinical Laboratory Fee Schedule-Travel Allowance</i>	101
<i>NCD Edit Software for October 2008</i>	104
<i>Physician Signature Requirements for Diagnostic</i>	105

Drugs

<i>Medicare Part B Drug CAP Program Postponed</i>	106
<i>Part B Drug Competitive CAP Program Update</i>	110
<i>Part B Drug CAP Program Quarterly Update</i>	111
<i>New Waived Tests</i>	112
<i>Revisions to the CAP Program</i>	113

Enrollment

<i>CAP Program Vendor Identification Number - Physician Election</i>	114
<i>Reinstated and Sanctioned Providers</i>	115
<i>Pneumococcal, Pneumonia, Influenza Virus</i>	118
<i>NPI for Secondary Providers</i>	Back cover

MOA-2008

¡Qué Bueno Que Preguntó!

DE LA PORTADA...

Comenzaremos las actividades de implementación inmediatamente y asumiremos la responsabilidad completa de los trabajos de procesamiento de reclamaciones en la jurisdicción no más tarde de marzo del 2009. Nuestra prioridad máxima es asegurar una transición sin problemas y con interrupciones mínimas para los proveedores del cuidado de la salud. Durante los próximos meses, FCSO trabajará de cerca con nuestro equipo y con los contratistas salientes, Triple-S y COSVI, para identificar cambios potenciales que surjan como resultado de cualquier requisito nuevo del contrato MAC J9. Entonces llevaremos a cabo una campaña abarcadora de comunicaciones para informarles a los proveedores sobre las más recientes noticias y actividades de implementación.

Para información adicional que vendrá pronto, manténgase sintonizado a nuestro sitio Web de Transición J9 en la siguiente dirección electrónica: <http://www.fcso.com/Transicion/>

We Are Glad You Asked!

FROM THE COVER PAGE...

We will begin implementation activities immediately and will assume full responsibility for the claims processing work in the jurisdiction no later than March 2009. Our top priority is to ensure a smooth transition with minimal disruptions to health care providers. Over the next several months, FCSO will work closely with our team and outgoing contractors Triple-S, Inc and COSVI to identify potential changes as a result of any new MAC J9 contract requirements. We will then conduct a comprehensive communications campaign to inform providers of the latest implementation news and activities.

Stay tuned to our J9 Transition Web site for additional information coming soon at: <http://www.fcso.com/Transition/>

RR-Comm. Office 12/2/08

ACTUALIZACIÓN AL DEDUCIBLE, COASEGURO Y PRIMA DE MEDICARE, PARA EL 2009

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6258, el cual provee las cantidades de Medicare para el deducible anual, coaseguro y el pago de la prima para el año calendario 2009.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN Matters Articles/downloads/mm6258.pdf>.

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

UPDATE TO MEDICARE DEDUCTIBLE, COINSURANCE AND PREMIUM RATES FOR 2009

This article is based on Change Request (CR) 6258, which provides the Medicare rates for deductible, coinsurance and premium payment amounts for calendar year (CY) 2009.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLN Matters Articles/downloads/mm6258.pdf> on the CMS website.

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

CR6258/Trans. R56GI/MM6258-ab

¡Qué Bueno Que Preguntó!

PREPARÁNDOSE PARA UNA TRANSICIÓN DE UN INTERMEDIARIO FISCAL/ CONTRATISTA DE LA PARTE B A UN CONTRATISTA ADMINISTRATIVO DE MEDICARE (MAC)

Este artículo tiene la intención de asistir a los proveedores que se afectarán por las implementaciones de los Contratistas Administrativos de Medicare (MAC, según sus siglas en inglés). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) esta proveyendo esta información para que tengan conocimiento de lo que puede ocurrir a medida de que su Intermediario Fiscal o Contratista de la Parte B lleven a cabo la transición de sus trabajos al MAC. Con estos conocimientos y haciendo los preparativos según lo delineado en este artículo, minimizará las interrupciones en sus asuntos de negocio relacionados con Medicare.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0837.pdf>.

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

We Are Glad You Asked!

PREPARING FOR A TRANSITION FROM AN FI/CARRIER TO A MEDICARE ADMINISTRATIVE CONTRACTOR (MAC)

This article is intended to assist all providers that will be affected by Medicare Administrative Contractor (MAC) implementations. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is providing this information to make you aware of what to expect as your FI or carrier transitions its work to a MAC. Knowing what to expect and preparing as outlined in this article will minimize disruption in your Medicare business.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0837.pdf> on the CMS website.

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

SE0837 ab rrc

Proveedores fuera del Programa Medicare

PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

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

Transición J9 De FCSO

PREGUNTAS Y RESPUESTAS GENERALES - TRANSICIÓN

P1: ¿Cuáles son las áreas incluidas en la jurisdicción 9 del Contratista Administrativo de Medicare A/B (A/B MAC J9, por sus siglas en inglés)?

R1: La J9 está compuesta por Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

P2: ¿Cuáles son las principales diferencias contractuales de los A/B MACs cuando se comparan con los intermediarios fiscales y los contratistas de la Parte B?

R2: Los trabajos de la administración del procesamiento de reclamaciones para cada A/B MAC se otorgan mediante una competencia completa y abierta de acuerdo al "Federal Acquisition Regulation". Basado en unos criterios estructurados de evaluación, la propuesta de mayor valor para el gobierno se seleccionará en cada proceso de adquisición.

Históricamente los contratos de los intermediarios fiscales y de los contratistas de la Parte B han estado en manos de un número limitado de contratistas. Además, a los contratistas de la Parte B los han tenido que seleccionar entre compañías de seguros de salud.

P3: ¿Qué efecto tiene la Reforma de Contratación de Medicare en los beneficiarios y en los proveedores?

R3: Los beneficiarios tendrán un solo punto de contacto, enlazándolos con una red de operaciones libre de brechas para todas sus necesidades de información. El primer punto de entrada de un beneficiario para la resolución de preguntas sobre cobertura de Medicare será el 1-800-MEDICARE. El A/B MAC manejará las consultas más complejas de los beneficiarios.

FCSO's J9 Transition

GENERAL FREQUENTLY ASK QUESTIONS - TRANSITION

Q1: What areas are included in A/B MAC J9?

A1: J9 is comprised of Florida, Puerto Rico and U.S. Virgin Islands.

Q2: What are the major contractual differences of the A/B MACs compared to the current fiscal intermediaries (FIs) and carriers?

A2: The claims administration workload for each A/B MAC is being awarded through full and open competition conducted in accordance with the Federal Acquisition Regulation. Based on structured evaluation criteria, the proposal with the best value for the government will be selected in each procurement. The A/B MAC contracts are for the administration of both Medicare Part A and Part B claims in a specific geographic jurisdiction. They allow for performance incentives to be earned by the MAC.

The FI and carrier contracts historically have been held by a limited number of contractors. In addition, the carriers have had to be chosen from health insurance companies. The contracts for the FIs and carriers do not allow for performance incentives; rather they pay the contractor the costs incurred in conducting their operations.

Q3: What is the effect of Medicare Contracting Reform on beneficiaries and providers?

A3: Beneficiaries will have a single point-of-contact, connecting them to a seamless operations network for meeting their information needs. A beneficiary's first point of entry for resolution of questions about Medicare coverage will be 1-800-MEDICARE. The A/B MAC will handle only complex inquiries from beneficiaries.

Cont. on next page

Transición J9 De FCSO

El A/B MAC servirá del punto de contacto para proveedores, médicos y profesionales de la salud para todo asunto relacionado a reclamaciones. La reforma de contratación de Medicare también beneficiará a los proveedores con esfuerzos educativos y adiestramientos mejorados por los A/B MACs.

P4: ¿Qué tipo de contrato se otorgó por los de trabajos de la jurisdicción 9 del A/B MAC?

R4:La jurisdicción 9 del A/B MAC se otorgó bajo un contrato de tarifa por costo más bonificación. El periodo de ejecución del contrato es de un periodo base con cuatro opciones de un año. El valor total del contrato por el periodo de cinco años es de aproximadamente \$368 millones.

P5: ¿Dónde están localizadas las oficinas centrales de FCSO? ¿Dónde realmente se realizará el trabajo?

R5:Las operaciones de FCSO están localizadas en las oficinas centrales en Jacksonville, Florida. Algunas de las operaciones también se llevarán a cabo en Tampa, Orlando y Miami. Además, FCSO ha subcontratado con Triple-S, Inc., un contratista de Medicare saliente localizado en San Juan, Puerto Rico. Como parte del equipo de FCSO, Triple-S ejecutará ciertas funciones de servicio al cliente de la Parte A y la Parte B para los proveedores.

P6: ¿Cuándo comenzarán las operaciones de la nueva jurisdicción 9 del A/B MAC?

R6:Las actividades de implementación que son necesarias para mover los trabajos de la Parte A y de la Parte B que corresponden a Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU., comenzarán inmediatamente. El MAC completará la transferencia de reclamaciones y de información de los intermediarios fiscales y de los contratistas de la Parte B y estará completamente en funciones no más tarde de marzo del 2009.

FCSO's J9 Transition

The A/B MAC will serve as the point of contact for providers, physicians and practitioners for all claims-related business. Medicare contracting reform also will benefit providers with improved provider education and training by the A/B MACs.

Q4: What type of contract has been awarded for the J9 A/B MAC workload?

A4:The J9 A/B MAC was awarded under a cost-plus-award-fee contract. The period of performance for the contract is a base period with four 1-year options. The total value of the contract for the five year period is approximately \$368 million.

Q5: Where is FCSO's headquarters? Where will the work actually be performed?

A5:FCSO's operations are headquartered in Jacksonville, Florida. Some operations will also be performed in Tampa, Orlando and Miami. In addition, FCSO has subcontracted with Triple-S, Inc., an outgoing Medicare contractor in San Juan, Puerto Rico. As part of the FCSO team, Triple-S will perform certain Part A and Part B provider customer service functions, among others, in Puerto Rico.

Q6: When will the new J9 A/B MAC begin operations?

A6: The implementation activities of the A/B MAC that are needed to move the Part A/ Part B workload for Florida, Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands will begin immediately. The MAC will complete the transfer of the claims and information from fiscal intermediaries and carriers and be fully operational no later than March 2009.

Cont. on next page

Transición J9 De FCSO

P7: ¿Cuáles son los intermediarios fiscales y los contratistas de la Parte B que actualmente procesan reclamaciones en la jurisdicción 9?

R7: Los siguientes son los intermediarios fiscales y los contratistas de la Parte B que administran el programa en la jurisdicción 9 y en las áreas que sirven:

- Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (Intermediario fiscal para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.)
- First Coast Service Options, Inc. (Intermediario fiscal y contratista de la Parte B para Florida)
- Triple-S, Inc. (Contratista de la Parte B para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.)
- Mutual of Omaha Insurance Company (Intermediario fiscal para algunos proveedores en Florida y las Islas Vírgenes de EE.UU.)*

P8: ¿Cuántos beneficiarios y proveedores hay en la jurisdicción 9? ¿Qué por ciento de las reclamaciones nacionales constituyen las reclamaciones de esta jurisdicción?

R8: Para julio del 2007 habían aproximadamente 3,765,918 beneficiarios de Medicare regular ("Fee for Service") localizados en esta jurisdicción. Para diciembre de 2007 existen aproximadamente 298 hospitales de Medicare que están localizados en las tres áreas que componen la jurisdicción. Además, para julio de 2007 aproximadamente 76,754 médicos y profesionales de la salud proveían servicios en esta jurisdicción. Con respecto a los trabajos de procesamiento de reclamaciones, para septiembre del 2007, aproximadamente el 8.4% de las reclamaciones de Medicare regular ("Fee for Service") a nivel nacional, se encuentran en esta jurisdicción.

*Los proveedores que utilizan Mutual of Omaha como Fiscal Intermediario no son parte de la transición al MAC J9 en este momento. Por favor comuníquese con Mutual of Omaha para obtener información adicional.

FCSO's J9 Transition

Q7: What fiscal intermediaries and carriers are currently processing claims in J9?

A7: The following are the current fiscal intermediaries (FIs) and carriers administering the program in J9 and the areas that they serve:

- Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (FI for Puerto Rico and U.S. Virgin Islands)
- First Coast Service Options, Inc. (FI and carrier for Florida)
- Triple-S, Inc. (carrier for Puerto Rico and U.S. Virgin Islands)
- Mutual of Omaha Insurance Company (FI for some providers in Florida and U.S. Virgin Islands)*

Q8: How many beneficiaries and providers are there in J9? What percent of the national claims workload is accounted for in this jurisdiction?

A8: As of July 2007, approximately 3,765,918 Medicare fee-for-service beneficiaries are located in this jurisdiction. As of December 2007, approximately 298 Medicare hospitals are located in the three areas comprising the jurisdiction. Also, as of July 2007, approximately 76,754 physicians and practitioners provided services in this jurisdiction. With respect to the workload, approximately 8.4% of national Medicare fee-for-service claims are in this jurisdiction as of September 2007.

*The claims administration workload of Mutual of Omaha Insurance Company is not part of the MAC J9 transition at this time. Please contact Mutual of Omaha Insurance Company for further information.

CALENDARIO DE EVENTOS DE TRANSICIÓN J9 – PUERTO RICO

Fecha del Evento	Descripción/Temas
<ul style="list-style-type: none"> 13 de noviembre de 2008 <p>Hotel Caribe Hilton 9:00 – 10:30 AM 11:00 AM – 12:30 PM 1:00 – 2:30 PM 3:00 – 4:30 PM</p>	Bienvenido a FCSO (Parte A y Parte B)
<ul style="list-style-type: none"> 18 de noviembre de 2008 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	Bienvenido a FCSO (Parte A y Parte B) --Proceso de consolidación LCD --EDI cambios --EFT aplicaciones (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> 16 de diciembre de 2008 <p>2:00 – 3:30 PM (AST)</p>	Teleconferencia de Transición (Parte A) --LCD consolidación, LCDs nuevo/eliminado --"Reason Codes" No LCD --EDI cambios --EFT aplicación (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> 17 de diciembre de 2008 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	Teleconferencia de Transición (Parte B) --LCD consolidación, LCDs nuevo/eliminado --Edits & auditorias no LCD --EDI cambios --EFT aplicación (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> enero de 2009 <p>Fecha y lugar todavía no determinado</p>	Bienvenido a FCSO y POE --LCD consolidación, nuevo/eliminación LCDs --Edits & auditorias no LCD --Consolidación de "Reason Codes" --EDI cambios --EFT aplicación (CMS 588) --Direcciones de inscripción para nuevos proveedores --Nuevos apartados de correo
<ul style="list-style-type: none"> 27 de enero de 2009 <p>2:00 – 3:30 PM (AST)</p>	Teleconferencia de Transición (Parte A) --LCD consolidación, LCDs nuevo/eliminado --Consolidación de "Reason Codes" --EFT aplicación (CMS 588) --Direcciones de inscripción para nuevos proveedores, --Nuevos apartados postales
<ul style="list-style-type: none"> 16 de febrero de 2009 <p>2:00 – 3:30 PM (AST)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 28 de enero de 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	Teleconferencia de Transición (Parte B) --D consolidación, LCDs nuevo/eliminado --Edits & auditorias no LCD --EFT aplicación (CMS 588) --Direcciones de inscripción para nuevos proveedores, --Nuevos apartados postales
<ul style="list-style-type: none"> 17 de febrero de 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 19 de febrero de 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	Navegando el sitio Web de FCSO (Parte A y Parte B)
<ul style="list-style-type: none"> 18 de marzo de 2009 <p>2:00 – 3:30 PM (AST)</p>	Transición estatus/actualización (Parte A)
<ul style="list-style-type: none"> 19 de marzo de 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	Transición estatus/actualización (Parte B)
<ul style="list-style-type: none"> 20 de marzo de 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST)</p>	Navegando el sitio Web de FCSO (Parte A y Parte B)

Manera fácil de inscribirse

***Zona Atlántica**

-- Sólo envíe un correo electrónico a **Julie.Stiles@fcso.com** y asegúrese de incluir: **su nombre, organización, fecha y hora del evento** al que usted desea asistir

-- Proveedores sin acceso al Internet pueden enviar un fax con la misma información al 904-361-0407.

El día de la teleconferencia sólo marca 1-800-860-2442 ó 1-412-858-4600 y use la contraseña "FCSO J9 Transition"

Cont. on next page

CALENDAR OF EVENTS J9 TRANSITION – PUERTO RICO

Event Date	Description/Topics
<ul style="list-style-type: none"> November 13, 2008 Caribe Hilton Hotel <p>9:00 – 10:30 AM 11:00 AM – 12:30 PM 1:00 – 2:30 PM 3:00 – 4:30 PM</p>	Welcome to FCSO (Part A and Part B)
<ul style="list-style-type: none"> November 18, 2008 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	Welcome to FCSO (Part A and Part B) --LCD consolidation process --EDI changes --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> December 16, 2008 <p>2:00 – 3:30 PM (AST*)</p>	Transition Teleconference (Part A) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD Reason Codes --EDI changes --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> December 17, 2008 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	Transition Teleconference (Part B) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD edits & audits --EDI changes --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> January 2009 <p>Date and location to be determined</p>	Welcome to FCSO and POE --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD edits & audits --Reason Code consolidation --EDI changes --EFT application (CMS 588) --New provider enrollment address --New PO boxes
<ul style="list-style-type: none"> January 27, 2009 <p>2:00 – 3:30 PM (AST*)</p>	Transition Teleconference (Part A) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Reason Codes consolidation --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> February 16, 2009 <p>2:00 – 3:30 PM (AST*)</p>	--New provider enrollment address, --New PO boxes
<ul style="list-style-type: none"> January 28, 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	Transition Teleconference (Part B) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD edits & audits --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> February 17, 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	--New provider enrollment address, --New PO boxes
<ul style="list-style-type: none"> February 19, 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	Navigating the FCSO website (Part A and Part B)
<ul style="list-style-type: none"> March 18, 2009 <p>2:00 – 3:30 PM (AST*)</p>	Transition status/update (Part A)
<ul style="list-style-type: none"> March 19, 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	Transition status/update (Part B)
<ul style="list-style-type: none"> March 20, 2009 <p>5:00 – 6:30 PM (AST*)</p>	Navigating the FCSO website (Part A and Part B)

Two Easy Ways to Register

*Atlantic Standard Time

-- Just send an email to Julie.Stiles@fcso.com and ensure to include: **your name, organization and the event date and time** you wish to attend

-- Providers without internet access can fax the same information to 904-361-0407.

On the day of the teleconference just dial 1-800-860-2442 or 1-412-858-4600 and use pass code "FCSO J9 Transition"

Last Revision 11/26/08

CALENDAR OF EVENTS J9 TRANSITION – U.S. VIRGIN ISLANDS

Event Date	Description/Topics
<ul style="list-style-type: none"> November 12, 2008 – St. Croix Gov. Juan F. Luis Hospital 1:00 – 2:00 PM 	Welcome to FCSO (Part A and Part B)
<ul style="list-style-type: none"> November 14, 2008 – St. Thomas Roy L. Schneider Hospital 10:00 AM – 11:30 PM 	Welcome to FCSO (Part A and Part B)
<ul style="list-style-type: none"> November 19, 2008 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Welcome to FCSO (Part A and Part B) --LCD consolidation process --EDI changes --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> December 16, 2008 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Transition Teleconference (Part A) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD Reason Codes --EDI changes --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> December 17, 2008 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Transition Teleconference (Part B) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD edits & audits --EDI changes --EFT application (CMS 588)
<ul style="list-style-type: none"> January 2009 Date and location to be determined 	Welcome to FCSO and POE --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD edits & audits --Reason Code consolidation --EDI changes --EFT application (CMS 588) --New provider enrollment address, --New PO boxes
<ul style="list-style-type: none"> January 27, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) February 16, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Transition Teleconference (Part A) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Reason Codes consolidation --EFT application (CMS 588) --New provider enrollment address, --New PO boxes
<ul style="list-style-type: none"> January 28, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) February 17, 2009 5:00 – 6:30 PM (EST) 	Transition Teleconference (Part B) --LCD consolidation, new/deleted LCDs --Non LCD edits & audits --EFT application (CMS 588) --New provider enrollment address, --New PO boxes
<ul style="list-style-type: none"> February 20, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Navigating the FCSO website (Part A and Part B)
<ul style="list-style-type: none"> March 18, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Transition status/update (Part A)
<ul style="list-style-type: none"> March 19, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Transition status/update (Part B)
<ul style="list-style-type: none"> March 20, 2009 11:00 AM – 12:30 PM (AST*) 	Navigating the FCSO website (Part A and Part B)

Two Easy Ways to Register

***Atlantic Standard Time**

-- Just send an email to Julie.Stiles@fcso.com and ensure to include: **your name, organization and the event date and time** you wish to attend

-- Providers without internet access can fax the same information to 904-361-0407.

On the day of the teleconference just dial 1-800-860-2442 or 1-412-858-4600 and use pass code "FCSO J9 Transition"

Last Revision 11/26/08

Recursos de Información y Educación para Proveedores

ANUNCIO SOBRE PARTICIPACIÓN EN MEDICARE PARA EL AÑO CALENDARIO 2009

Medicare continúa promoviendo el acceso a servicios de salud más eficientes y de la más alta calidad, mediante los servicios que prestan los médicos de la nación a los beneficiarios de Medicare bajo el Manual de Tarifa Fija de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés) de 2009.

Durante el 2009, estaremos implementando varias estipulaciones ordenadas por el "Medicare Improvements for Patients and Providers Act" (MIPPA) del 2008 que tendrán un impacto en los pagos que se efectúan bajo el MPFS, incluyendo:

- Aumentar las tarifas de pago promedio a médicos por un 1.1% para el 2009.
- Extender el sistema de Reporte de Calidad de los médicos y aumentar el pago del incentivo un 2% por reportar satisfactoriamente medidas de calidad durante el periodo de reporte de 2009.
- La inclusión del pago de un incentivo de 2% para los médicos que someten recetas electrónicamente con éxito durante el periodo de reporte de 2009.

Este será el primer año de un programa de 5 años establecido por MIPPA bajo el cual los médicos que utilizan la tecnología de recetas electrónicas ("e-prescribing") pudiesen ser elegibles para el pago de un bono a base de servicios cubiertos provistos durante el periodo del año de reporte. El pago de incentivos, según se señala antes, está disponible cada año del programa (2% para el 2009-2010, 1% para el 2011-2012, y 0.5% para el año 2013). Sin embargo, comenzando en el año 2012, se aplicará una penalidad, en la forma de una reducción porcentual en las Tarifas Fijas de Medicare para médicos, que aplicará a aquellos médicos que no utilicen recetas electrónicas exitosamente (1% en 2012, 1.5% en 2013, y 2% en 2014). Las recetas electrónicas pueden brindar muchos beneficios a los médicos y a sus pacientes.

Information and Education Resources for Providers

ANNOUNCEMENT ABOUT MEDICARE PARTICIPATION FOR CALENDAR YEAR 2009

Medicare continues to promote access to higher quality and more efficient health care delivered by the nation's physicians to people with Medicare under the 2009 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

In 2009, we are implementing many provisions mandated by the Medicare Improvements for Patients and Providers Act (MIPPA) of 2008 that impact payment under the MPFS including:

- *Increasing average physician fee schedule rates by 1.1 percent for 2009.*
- *Extending the physician quality reporting system and increasing the incentive payment to 2% for satisfactorily reporting quality measures during the 2009 reporting period.*
- *Providing a 2% incentive payment to successful electronic prescribers during the 2009 reporting period.*

This will be the first year of a five-year program established by MIPPA under which physicians who use e-prescribing technology may be eligible for a bonus based on the covered services furnished during the reporting year. Incentive payments, as noted above, are available each year of the program (2% for 2009 – 2010, 1% for 2011-2012, and 0.5% for 2013). Starting in 2012, however, a penalty, in the form of a percentage reduction in the Medicare physician fee schedule payment, applies to those physicians who are not successful electronic prescribers (1% in 2012, 1.5% in 2013, and 2% in 2014). E-prescribing can provide many benefits for physicians and their patients. For example, electronic access to each patient's prescription history helps physicians avoid

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Por ejemplo, el acceso electrónico al historial de recetas de cada paciente ayuda a que el médico evite recetar medicamentos que podrían resultar en reacciones adversas a medicamentos, mientras que las transmisiones electrónicas eliminan la posibilidad de errores en la medicación causados por la escritura ilegible. Más aún, el acceso a información del seguro médico y del formulario en el punto de cuidado también permite que los médicos receten medicamentos cubiertos y de precios accesibles, con el resultado de menos viajes a la farmacia.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) continuará trabajando con el Congreso de los Estados Unidos y con los médicos en el diseño de un sistema que proveerá pagos estables y predecibles para asegurar servicios de salud de mayor calidad para los beneficiarios de Medicare, sin que se aumente el gasto de Medicare.

Además, es posible que CMS publique información sobre médicos que se mantiene en el "Performance Measurement and Reporting System" (PMRS), Sistema de Récor ds (SOR por sus siglas en inglés) número 09-70-0584, según enmendado, a fin de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud prestados y permitirle a los consumidores tomar decisiones más informadas sobre servicios de salud. Esto incluye la publicación en un sitio Web de los nombres de aquellos médicos que reportan data sobre medidas de calidad a través del "Physician Quality Reporting Initiative" y el uso de recetas electrónicas. Puede encontrar más información sobre el Sistema de Récor ds (SOR) del PMRS en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/PrivacyActSystemofRecords/downloads/0584.pdf>.

Costos de Responsabilidad Profesional

Como usted bien tiene conocimiento, los costos de responsabilidad profesional han aumentado significativamente para muchos médicos durante los últimos cinco años. Medicare compensa por una porción de estos costos mediante la revisión periódica de los

Information and Education Resources for Providers

prescribing drugs that may result in harmful drug interactions, while electronic transmission eliminates the possibility of medication errors caused by illegible handwriting. Furthermore, access to insurance and formulary information at the point of care also allows physicians to prescribe a covered and affordable drug, resulting in fewer trips to the pharmacy.

CMS will continue to work with Congress and with physicians on a system that will provide predictable and stable payments that will ensure higher quality care for beneficiaries without increasing Medicare spending.

In addition, CMS may publicly report physician information that is maintained in the "Performance Measurement and Reporting System (PMRS)," system of records (SOR) number 09-70-0584, as amended, in order to improve the quality and efficiency of health care delivery and enable consumers to make more informed health care decisions. This includes posting on an Internet website the names of those physicians who report data on quality measures through the Physician Quality Reporting Initiative and e-prescribing usage. More information about the PMRS SOR is available at <http://www.cms.hhs.gov/PrivacyActSystemofRecords/downloads/0584.pdf>.

Professional Liability Costs

As you are well aware, professional liability costs have significantly increased for many physicians over the past five years. Medicare compensates for a portion of this through periodic revisions to the physician fee schedule professional liability insurance

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

valores relativos del seguro de responsabilidad profesional de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos. Los programas de mediación y arreglos tales como el “Alternative Dispute Resolution” (ADR) pudiesen ser una alternativa para resolver reclamaciones de lesiones y están permitidos bajo el programa de Medicare, siempre que se aplique a todos los pacientes que usted atiende (pacientes privados, asegurados de la industria privada o asegurados del gobierno).

CMS recomienda que usted explore las opciones ADR y evalúe si, en su situación, éstas pueden utilizarse para brindar alternativas significativas para resolver reclamaciones de responsabilidad médica. En muchos de los casos, si no es que en todos, los programas ADR se iniciarían mediante un contrato privado voluntario entre el paciente y el proveedor del paciente o el seguro de salud acordado antes del tratamiento. Por favor, comuníquese con su proveedor de seguro de responsabilidad profesional, su sociedad médica estatal, o su sociedad profesional para más información sobre el ADR para que le ayuden a decidir si debe implementarlo en su práctica profesional. En los meses venideros, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), brindará más información sobre estas alternativas a los proveedores de servicios de salud.

¿POR QUÉ DEBO PARTICIPAR?

Todos los médicos, profesionales de la salud y suplidores deberán tomar su decisión de participación en Medicare correspondiente al año calendario 2009, para el 31 de diciembre de 2008. Firmar un acuerdo de participación significa convenir aceptar la asignación para todos los servicios cubiertos que usted le provee a pacientes de Medicare durante el año calendario 2008. La mayoría de los médicos, profesionales de la salud y suplidores han elegido participar en Medicare. Durante el año calendario 2008, el 94.6 por ciento de todos los médicos, profesionales de la salud y suplidores están facturando bajo acuerdos de participación con Medicare.

Information and Education Resources for Providers

relative values. Mediation programs and arrangements such as Alternative Dispute Resolution (ADR) can be a way to resolve injury claims and are permissible under the Medicare program as long as they are applied to all patients (private pay, private insurance, or public insurance) that you treat.

CMS encourages you to explore ADR options and evaluate whether, in your situation, they can be used to provide meaningful alternatives for resolving medical liability claims. Many, if not all, ADR programs would be initiated via voluntary, private contract between the patient and the patient's provider or health plan agreed to before treatment. Please contact your professional liability insurance carrier, your state medical society, or your professional society for more information about ADR to assist you in deciding whether to implement it in your practice. In the coming months, the Department of Health and Human Services will supply health care providers with further information on these alternatives.

WHY PARTICIPATE?

All physicians, practitioners and suppliers must make their calendar year (CY) 2009 Medicare participation decision by December 31, 2008. To sign a participation agreement is to agree to accept assignment for all covered services that you provide to Medicare patients in CY 2009. The majority of physicians, practitioners and suppliers have chosen to participate in Medicare. During CY 2008, 94.6 percent of all physicians, practitioners and suppliers are billing under Medicare participation agreements.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Si usted factura por servicios profesionales médicos, servicios y suministros provistos incidentales a servicios profesionales médicos, servicios ambulatorios de terapia ocupacional y física, pruebas diagnósticas o servicios radiológicos, las cantidades de las tarifas fijas de Medicare para médicos serán 5% más altas si usted participa. Además, los proveedores reciben sus reembolsos directamente y en un tiempo apropiado de parte de Medicare.

Independientemente de los servicios de la Parte B de Medicare que usted factura, los proveedores participantes de Medicare pueden disfrutar del privilegio de hacer una sola facturación para los beneficiarios que asignan tanto sus pagos de Medicare como los de Medigap a los participantes. Los beneficiarios con cobertura Medigap (seguro complementario privado) pueden asignar el pago de la reclamación complementaria al proveedor o al suplidor. Bajo el proceso mandatorio actual de transferencia de reclamaciones Medigap ("claim-based crossover process") los beneficiarios tienen el deber de asignar el pago de sus reclamaciones a un proveedor o suplidor participante como condición para que sus reclamaciones se les transfieran a su asegurador Medigap para el pago de todas las cantidades de coaseguros y deducibles pagaderos bajo la póliza de Medigap. A su vez, la aseguradora Medigap debe pagarle al proveedor o suplidor participante directamente, de esa manera se evita la necesidad de tener que someter una segunda reclamación.

¿QUÉ DEBO HACER?

Si usted opta por ser participante durante el año calendario 2009:

- No haga nada si actualmente es participante, o
- Si actualmente no es participante de Medicare, complete el acuerdo en blanco incluido y envíelo por correo (o una copia de este) a cada contratista a quien usted le somete reclamaciones de la Parte B. (En el formulario indique los nombres y los números de identificación bajo los cuales usted factura.)

Si usted decide no participar durante el año calendario 2009:

Information and Education Resources for Providers

If you bill for physicians' professional services, services and supplies provided incident to physicians' professional services, outpatient physical and occupational therapy services, diagnostic tests, or radiology services, your Medicare fee schedule amounts are 5 percent higher if you participate. Also, providers receive direct and timely reimbursement from Medicare.

Regardless of the Medicare Part B services for which you are billing, participants have "one stop" billing for beneficiaries who assign both their Medicare and Medigap payments to participants. Beneficiaries with Medigap coverage (private supplemental insurance) may assign the payment on the supplemental claim to the provider or supplier. Under the current mandatory Medigap (claim-based) crossover process, beneficiaries must assign payment on their claims to a participating provider or supplier as a condition for their claims to be forwarded to their Medigap insurer for payment of all coinsurance and deductible amounts due under the Medigap policy. The Medigap insurer, in turn, must pay the participating provider or supplier directly, thereby relieving the need of having to file a second claim.

WHAT TO DO

If you choose to be a participant in CY 2009:

- *Do nothing if you are currently participating, or*
- *If you are not currently a Medicare participant, complete the blank agreement enclosed and mail it (or a copy) to each carrier or A/B Medicare Administrative Contractor (A/B MAC) which you submit Part B claims. (On the form show the name(s) and identification number(s) under which you bill.)*

If you decide not to participate in CY 2009:

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- No haga nada si actualmente no es participante, o
- Si actualmente es participante, escríbale a cada contratista de la Parte B a quien le somete reclamaciones indicándole su decisión de terminar el acuerdo de asignación vigente el 1 de enero de 2009. Esta notificación por escrito debe tener matasellos del correo con fecha previa al 1 de enero de 2009.

Guarde este anuncio durante este periodo de suscripción. Tal vez querrá referirse a él nuevamente antes de tomar su decisión sobre la participación en el Programa de Medicare para el año calendario 2009.

Esperamos que decida ser participante de Medicare durante el año calendario 2009.

Por favor llame a Triple-S, Inc. si tiene cualquier pregunta o necesita más información sobre la participación.

Para ver actualizaciones y la información más reciente sobre el Programa de Medicare o para obtener los números telefónicos de varios contactos que incluyen los directores médicos de los contratistas de la Parte B, por favor visite el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/>

Para ver las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos del año calendario 2009 y los Factores de Conversión para Anestesia, por favor visite el sitio Web de su contratista local de la Parte B: http://www.triples-med.org/webmedicare/noticias_y_publicaciones/material_de_referencia/Tarifas.htm.

Para Triple-S, Inc., puede llamar al teléfono libre de cargos 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

- *Do nothing if you are currently not participating, or*
- *If you are currently a participant, write to each carrier or A/B MAC to which you submit claims, advising of your termination effective January 1, 2009. This written notice must be postmarked prior to January 1, 2009.*

Hold onto this announcement during this enrollment period. You may want to refer to it again before making your decision regarding Medicare participation for CY 2009.

We hope you will decide to be a Medicare participant in CY 2009.

Please call Triple-S, Inc. if you have any questions or need further information on participation.

To view updates and the latest information about Medicare, or to obtain telephone numbers of the various carrier or A/B MAC contacts including the contractor medical directors, please visit the CMS web site at <http://www.cms.hhs.gov/>.

To view the calendar year 2009 Medicare Physician Fee Schedule and Anesthesia Conversion Factors, please visit your local carrier or A/B MAC web site: http://www.triples-med.org/webmedicare/noticias_y_publicaciones/material_de_referencia/Tarifas.htm.

For Triple-S, Inc. you may contact the following toll-free number(s) for assistance: 1-877-715-1921.

Recursos de Información y Educación para Proveedores

IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO CÓDIGO DE AJUSTE DE RAZÓN DE RECLAMACIÓN (CARC) NO. 213 “INCUMPLIMIENTO CON LA LEGISLACIÓN DE PROHIBICIÓN DEL AUTO-REFERIDO MÉDICO O POLÍTICA DE PAGADOR”

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 la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], o Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero de Medicare [DME MAC por sus siglas en inglés]), por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR6131, del cual se extrae este artículo, instruye a los Contratistas, FIs, A/B MACs, RHHIs, y DME MACs (vigente el 1 de enero de 2009) para usar el nuevo Código Razón de Ajuste de Reclamación (CARC por sus siglas en inglés) #213 al denegar reclamaciones basadas en el incumplimiento con la prohibición de auto-referido del médico.

Asegúrese que su personal de facturación tiene conocimiento sobre este nuevo código CARC.

Trasfondo

A no ser que aplique una excepción (tal como se indica más abajo), la Sección 1877 de la Ley de Seguro Social, prohíbe que un médico refiera a un paciente de Medicare por ciertos servicios de salud designados (DHS por sus siglas en inglés) a una entidad con la cual el médico (o miembros inmediatos de su familia) tiene una relación financiera. Una “relación financiera” incluye tanto intereses de propiedad/inversión como arreglos compensatorios (por ejemplo, arreglos contractuales).

Information and Education Resources for Providers

IMPLEMENTATION OF A NEW CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE (CARC) NO.213. “NON-COMPLIANCE WITH THE PHYSICIAN SELF-REFERRAL PROHIBITION LEGISLATION OR PAYER POLICY”

Provider Types Affected

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

What You Need to Know

CR 6131, from which this article is taken, instructs carriers, FIs, A/B MACs, RHHIs, and DME MACs (effective January 1, 2009) to use the new Claim Adjustment Reason Code (CARC) #213 when denying claims based on non-compliance with the physician self-referral prohibition.

Make sure that your billing staffs are aware of this new CARC code.

Background

Unless an exception applies (as referenced below), Section 1877 of the Social Security Act (the Act), prohibits a physician from referring a Medicare patient for certain designated health services (DHS) to an entity with which the physician (or his/her immediate family member(s)) has a financial relationship. A “financial relationship” includes both ownership/investment interests and compensation arrangements (for example, contractual arrangements).

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Los siguientes servicios son DHS:

- Servicios de laboratorio clínico
- Radiología y ciertos otros servicios de imagen (incluyendo MRIs, CT scans y ultrasonido);
- Servicios de terapia de radiación y suministros;
- Equipo médico duradero y suministros;
- Ortóticos, protéticos, y aparatos protéticos;
- Nutrientes enterales y parenterales, equipos y suministros;
- Terapia física, terapia ocupacional, servicios de patología del habla/lenguaje;
- Servicios hospitalarios a pacientes ambulatorios y hospitalizados

La Sección 1877 de la Ley también prohíbe que la entidad DHS someta a Medicare, al beneficiario, o a cualquier entidad de DHS, reclamaciones que son suministradas como resultado de un referido prohibido.

Nota: Violaciones a este estatuto son castigables mediante: (1) Denegación de pago de todas las reclamaciones DHS; (2) Reembolso de cantidades cobradas por reclamaciones DHS; y (3) Penalidades civiles monetarias por tener conocimiento de las violaciones de esta prohibición.

Antes de la publicación de este Nuevo CARC #213 (“El incumplimiento con la legislación de prohibición de auto-referido o política de pagador”), no había un código específico para describir reclamaciones que son negadas basado en “Stark” (el estatuto de auto-referido del médico de la Sección 1877 del Acta). Por lo tanto, a fin de que tanto los proveedores DHS como la industria sepan que las reclamaciones se están denegando por el incumplimiento con las prohibiciones de auto referido del médico; el CR6121, de donde se extrae artículo, instruye a los contratistas, A/B MACs, RHHIs, y DME MACs para que usen el nuevo CARC No.213 (a partir del 1 de enero de 2009) al denegar reclamaciones basadas en el incumplimiento con la prohibición de auto referido del médico.

Information and Education Resources for Providers

The following services are DHS:

- *Clinical laboratory services;*
- *Radiology and certain other imaging services (including MRIs, CT scans and ultrasound);*
- *Radiation therapy services and supplies;*
- *Durable medical equipment and supplies;*
- *Orthotics, prosthetics, and prosthetic devices;*
- *Parenteral and enteral nutrients, equipment and supplies;*
- *Physical therapy, occupational therapy, speech-language pathology services;*
- *Inpatient and outpatient hospital services.*

Section 1877 of the Act also prohibits the DHS entity from submitting to Medicare, the beneficiary, or any entity for DHS, claims that are furnished as a result of a prohibited referral.

Note: Violations of this statute are punishable by: 1) Denial of payment for all DHS claims; 2) Refunds of amounts collected for DHS claims; and 3) Civil money penalties for knowing violations of the prohibition.

Prior to the publication of the new CARC #213 (“Non-compliance with the physician self-referral prohibition legislation or payer policy”), there was no specific code to describe claims that are denied based on “Stark” (the physician self-referral statute at Section 1877 of the Act). Therefore, so that both the DHS providers and the industry will know that claims are being denied because of non-compliance with the physician self-referral prohibitions; CR 6131, from which this article is taken, instructs carriers, FIs, A/B MACs, RHHIs, and DME MACs to use the new CARC No. 213 (effective January 1, 2009) when denying claims based on non-compliance with the physician self-referral prohibition.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Sus contratistas de Medicare usarán este código cada vez que denieguen una reclamación cuando un médico (o uno o más de los miembros inmediatos de su familia) tienen un intereses financieros en un proveedor DHS y no cumple con una de las excepciones indicadas más abajo.

Excepciones

Por favor observe que el estatuto enumera varias excepciones, incluyendo excepciones para propiedad de médico o interés inversionista en hospitales y proveedores rurales. Usted puede leer estas excepciones en la Sección 1877 de la Ley de Seguro Social Sec. 1877, que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/PhysicianSelfReferral/Downloads/section_1877.pdf; y en el 42 C.F.R. Parte 411, Subparte J.) (42 U.S.C. Sección 1395nn). <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1578CP.pdf> en el sitio Web de CMS.

Usted encontrará la actualización al Capítulo 1 del *Medicare Claims Processing Manual* requirements Section 180 (Denial of Claims Due to Violations of Physician Self-Referral Prohibition) como un anejo a ese CR.

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

Information and Education Resources for Providers

Your Medicare contractors will use this code any time they deny a claim because a physician (or one or more of their immediate family members) has a financial interest in a DHS provider and fails to meet one of the exceptions referenced below.

Exceptions

Please note that the statute enumerates various exceptions, including exceptions for physician ownership or investment interest in hospitals and rural providers. You can read these exceptions in Section 1877 of the Social Security Act Sec. 1877 which you can find at http://www.cms.hhs.gov/PhysicianSelfReferral/Downloads/section_1877.pdf on the CMS Website; and in 42 C.F.R. Part 411, Subpart J.) (42 U.S.C. Section 1395nn). <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1578CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

You will find the updated Medicare Claims Processing Manual Chapter 1 (General billing requirements Section 180 (Denial of Claims Due to Violations of Physician Self-Referral Prohibition) as an attachment to that CR.

Pub. MLN6131 / Trans R1578CP / CR6131 / 08-15-08/ mlv rrc

IMPLEMENTACIÓN DE LOS NUEVOS REQUISITOS DE AUTENTICACIÓN DE PROVEEDORES PARA CONSULTAS ESCRITAS O TELEFÓNICAS DE LOS CONTRATISTAS

Proveedores Afectados

El CR6139 impacta a todos los médicos, proveedores, y suplidores (o su personal), que solicitan información de los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [Fis por sus siglas en inglés], Intermediarios Regionales de Cuidado de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de la

IMPLEMENTATION OF NEW PROVIDER AUTHENTICATION REQUIREMENTS FOR MEDICARE CONTRACTOR PROVIDER TELEPHONE AND WRITTEN INQUIRIES

Provider Types Affected

CR 6139 impacts all physicians, providers, and suppliers (or their staffs) who make inquiries to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), or Durable Medical Equipment Medicare

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

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]). Las consultas incluyen solicitudes de información por escrito, o llamadas realizadas a los centros de contacto para proveedores de contratistas de Medicare, incluyendo llamadas a los sistemas de Respuesta de Voz Interactiva (IVR por sus siglas en inglés).

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR6139, del cual se extrae este artículo, trata los requisitos de autenticación del proveedor necesarios para completar las transacciones a través del sistema IVR y las llamadas al Representante de Servicio al Cliente (CSR por sus siglas en inglés).

A partir del 1 de marzo de 2009, cuando usted llame ya sea al sistema IVR, o al CSR, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) le pedirán que provea tres elementos de información a fin de poder identificarlo: (1) Su Identificador Nacional de Proveedor (NPI por sus siglas en inglés); (2) Su número PTAN; y (3) Los últimos cinco dígitos de su número de identificación de patronal (TIN por sus siglas en inglés).

Asegúrese que su personal se encuentra al tanto de este requisito de la autenticación del proveedor.

Trasfondo

Con el fin de cumplir con los requisitos de la Ley de Privacidad del 1974 y la Ley HIPAA, el personal de servicio al cliente en los centros de contacto de proveedores de pago por servicio (FFS) de Medicare debe identificar apropiadamente a los que llaman y a los que escriben antes de brindarles información de salud protegida.

Debido a asuntos que tienen que ver con la disponibilidad al público de elementos previos de autenticación, CMS le ha brindado atención al proceso actual de autenticación de proveedores que usan el sistema IVR o que llaman al CSR. A fin de salvaguardar mejor la información de los proveedores antes de compartir la información sobre el estatus de reclamaciones, elegibilidad de

Information and Education Resources for Providers

Administrative Contractors (DME MACs)). Inquiries include written inquiries or calls made to Medicare contractor provider contact centers, including calls to Interactive Voice Response (IVR) systems.

What You Need to Know

CR 6139, from which this article is taken, addresses the necessary provider authentication requirements to complete IVR transactions and calls with a Customer Service Representative (CSR).

Effective March 1, 2009, when you call either the IVR system, or a CSR, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will require you to provide three data elements for authentication: 1) Your National Provider Identifier (NPI); 2) Your Provider Transaction Access Number (PTAN); and 3) The last 5-digits of your tax identification number (TIN).

Make sure that your staffs are aware of this requirement for provider authentication.

Background

In order to comply with the requirements of the Privacy Act of 1974 and of the Health Insurance Portability and Accountability Act, customer service staff at Medicare fee-for-service provider contact centers must properly authenticate callers and writers before disclosing protected health information.

Because of issues with the public availability of previous authentication elements, CMS has addressed the current provider authentication process for providers who use the IVR system or call a CSR. To better safeguard providers' information before sharing information on claims status, beneficiary eligibility, and other

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

beneficiarios, y otras preguntas relacionadas a proveedores, el CR6139, del cual se deriva este artículo, anuncia que CMS ha agregado un elemento adicional al proceso de verificación de proveedores, este es, los últimos cinco dígitos del TIN del proveedor. El sistema del contratista de Medicare verificará que el NPI, el PTAN, y los últimos cinco dígitos del TIN estén correctos y que pertenezcan a usted antes de proveerle la información que usted solicita.

Nota: Se le permitirá solamente tres oportunidades para proveer información correcta sobre su NPI, PTAN, y los últimos 5 dígitos de su TIN.

Como resultado del CR 6139, el manual “*Disclosure Desk Reference for Provider Contact Centers*” que contiene la información que los contratistas de Medicare utilizan para verificar la identidad de quienes llaman y de los que escriben, se actualiza en el *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual, Capítulo 3 (Preguntas de Proveedor), Sección 30 (Divulgación de Información) y el Capítulo 6 (Programa de Servicio al Cliente de Proveedor), Sección 80 (Divulgación de Información)* para reflejar estos cambios.

Hay nueva información en estos capítulos del manual que también trata otros asuntos de autenticación. Esta información nueva puede resumirse de la siguiente manera:

-- Autenticación de Proveedores sin NPI

Ocasionalmente, no se le asigna un NPI a algunos proveedores (por ejemplo los proveedores que están retirados/eliminados), o las consultas pueden referirse a reclamaciones sometidas por un proveedor que ha fallecido.

La mayoría de los IVRs usan la correlación del NPI (crosswalk) para verificar la autenticidad del NPI y el PTAN. El NPI se actualiza diariamente y no se mantiene ningún historial sobre los NPIs desactivados o los pares NPI/PTAN. Por lo tanto, si un proveedor entra un NPI o un par NPI/PTAN que ya no es reconocido por el sistema de correlación (crosswalk), pudiese ser que los

Information and Education Resources for Providers

provider related questions, CR 6139, from which this article is taken, announces that CMS has added the last 5-digits of the provider's TIN as an additional element in the provider authentication process. Your Medicare contractor's system will verify that the NPI, PTAN, and last 5-digits of the TIN are correct and belong to you before providing the information you request.

Note: *You will only be allowed three attempts to correctly provide your NPI, PTAN, and last 5-digits of your TIN.*

As a result of CR 6139, the Disclosure Desk Reference for Provider Contact Centers, which contains the information Medicare contractors use to authenticate the identity of callers and writers, is updated in the Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual, Chapter 3 (Provider Inquiries), Section 30 (Disclosure of Information) and Chapter 6 (Provider Customer Service Program), Section 80 (Disclosure of Information) to reflect these changes.

New information in these manual chapters also addresses other authentication issues. This new information is summarized as follows:

-- Authentication of Providers with No NPI

Occasionally, providers will never be assigned an NPI (for example providers who are retired/terminated), or inquiries may be made about claims submitted by a provider who has since deceased.

Most IVRs use the NPI crosswalk to authenticate the NPI and PTAN. The NPI is updated on a daily basis and does not maintain any history about deactivated NPIs or NPI/PTAN pairs. Therefore, if a provider enters an NPI or NPI/PTAN pair that is no longer recognized by the crosswalk, the IVRs may be unable to

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

IVRs no logren verificar la autenticidad; o si la reclamación fue procesada usando un par NPI/PTAN que luego fue desactivado, puede que el IVR no logre encontrar la reclamación ni la información de estatus de reclamaciones devueltas.

Como estos tipos de consultas pueden resultar en preguntas adicionales para el CSR, antes de divulgar la información al proveedor, los CSRs verificarán autenticidad usando por lo menos dos elementos adicionales de información disponible en el récord del proveedor, tales como el nombre del proveedor, el TIN, dirección de remitente, y dirección principal del proveedor.

-- Autenticación del Beneficiario

Antes de divulgar información del beneficiario (ya sea a través del sistema IVR o una consulta telefónica del CSR), y sin importar la fecha de la llamada, para fines de verificación se requerirá cuatro elementos de información sobre el beneficiario: (1) apellido, (2) primer nombre o inicial, Numero de Reclamación de Seguro de Salud (HICN por sus siglas en inglés), (3) una de las siguientes fechas: de nacimiento (elegibilidad, próxima fecha de elegibilidad), y (4) Formulario de Información de Contratista Administrativo de Equipo Médico Duradero de Medicare (DIF) (pre reclamación) o fecha de servicio (estatus de la reclamación, CMN/DIF (post-reclamación)).

-- Consultas Escritas

En general, se requieren tres elementos de información (el NPI, el PTAN, y los últimos cinco dígitos del TIN) para poder verificar la autenticidad de las consultas de los proveedores. Esto incluye consultas recibidas sin membrete (incluyendo la copia impresa, fax, el mensaje electrónico, formularios de consulta pre-formateadas o preguntas escritas en Aviso de Remesa (RA) o en el Resumen de Medicare (MSN).

La excepción a este requisito son las consultas escritas recibidas en papel timbrado oficial del proveedor (incluyendo mensajes de correo electrónico con un anejo en papel timbrado).

Information and Education Resources for Providers

authenticate them; or if the claim was processed using a different NPI/PTAN pair that has since been deactivated, the IVR may not be able to find the claim and return claims status information.

Since these types of inquiries are likely to result in additional CSR inquiries, before releasing information to the provider, CSRs will authenticate using at least two other data elements available in the provider's record, such as provider name, TIN, remittance address, and provider master address.

-- Beneficiary Authentication

Before disclosing beneficiary information (whether from either an IVR or CSR telephone inquiry), and regardless of the date of the call, four beneficiary data elements are required for authentication: 1) last name, 2) first name or initial, Health Insurance Claim Number (HICN), 3) and either date of birth (eligibility, next eligible date), and 4) Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractor Information Form (DIF) (pre-claim) or date of service (claim status, CMN/DIF (post-claim.)).

-- Written Inquiries

In general, three data elements (NPI, PTAN, and last 5-digits of the TIN) are required for authenticating providers' written inquiries. This includes inquiries received without letterhead (including hardcopy, fax, email, pre-formatted inquiry forms or inquiries written on Remittance Advice (RAs) or Medicare Summary Notices (MSNs)),

The exception to this requirement is written inquiries received on the provider's official letterhead (including emails with an attachment on letterhead). In this case,

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

En este caso, la verificación de autenticidad se logra si se incluye el nombre y la dirección del proveedor en el papel timbrado, donde se establece su identidad claramente. Por lo tanto, la ubicación de la práctica del proveedor y el nombre en el papel timbrado deben coincidir con la información en el expediente del proveedor. (Sin embargo, su contratista de Medicare puede usar su discreción si la información en el expediente no concuerda exactamente con el papel timbrado, pero se ve claramente que se trata del mismo proveedor). Además, la información del papel timbrado en la carta o mensaje electrónico tiene que coincidir ya sea con el NPI, el PTAN, o los últimos cinco dígitos del TIN. Los contratistas de Medicare le pedirán información adicional si fuera necesario.

-- Reclamaciones con Fechas que Coinciden

Cuando las fechas de las reclamaciones coinciden (en otras palabras, hay varias reclamaciones con fechas de servicio iguales o similares, o períodos de facturación similares), el contratista que el proveedor inicialmente contacta verificará la identidad de ese proveedor mediante su nombre, el NPI, el PTAN, los cinco dígitos del TIN, el nombre del beneficiario, el HICN, y la fecha de servicio para información post-reclamación, o la fecha de nacimiento para información pre-reclamación.

Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los nuevos requisitos de autenticación de proveedores para consultas de Medicare en el CR6139, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R22COM.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

provider authentication will be met if the provider's name and address are included in the letterhead and clearly establish their identity. Therefore, the provider's practice location and name on the letterhead must match the contractor's file for this provider. (However, your Medicare contractor may use discretion if the file does not exactly match the letterhead, but it is clear that the provider is one and the same.) In addition, the letterhead information on the letter or email needs to match either, the NPI, PTAN, or last 5-digits of the TIN. Providers will also include on the letterhead either the NPI, PTAN, or last 5-digits of the TIN. Medicare contractors will ask you for additional information, if necessary.

-- Overlapping Claims

When claims overlap (that is, multiple claims with the same or similar dates of service or billing periods), the contractor that the provider initially contacts will authenticate that provider by verifying his/her name, NPI, PTAN, last 5-digits of the TIN, beneficiary name, HICN, and date of service for post-claim information, or date of birth for pre-claim information.

Additional Information

You can find more information about the new provider authentication requirements for Medicare inquiries by going to CR 6139, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R22COM.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6139 / Trans R22COM / CR6139 / 08-08-08/ mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL 2009 PARA EL PAGO DE BONOS POR ÁREA DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD (HPSA)

Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA por sus siglas en inglés).

Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo se tomó del CR6150, el cual le provee a los Contratistas de la Parte B, FIs, y a los A/B MACs con los nombres de los archivos de prueba y finales del pago de bono por Área de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA) para el 2009. Además, alerta a los proveedores que el archivo del 2009 será publicado en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) tan pronto esté disponible.

Trasfondo

El *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* de 2003 (MMA por sus siglas en inglés), Sección 413(b) ordenó que los archivos de pago automatizado del bono HPSA sean actualizados anualmente. CMS creó un nuevo archivo de pago automatizado del bono HPSA y lo provee a sus contratistas de Medicare a principios de diciembre de cada año. El CR6150, del cual se extrae este artículo, les provee los nombres de los archivos de prueba y finales del pago de bono HPSA de 2009, que los contratistas usarán para el pago automatizado de bonos, en reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009.

Information and Education Resources for Providers

2009 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENTS

Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare Carriers, Fiscal Intermediaries (FI), or Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for services provided to Medicare beneficiaries in Health Professional Shortage Areas (HPSA).

What You Need to Know

CR 6150, from which this article is taken provides your carriers, FIs, and A/B MACs with the names of the test and final files for the Health Professional Shortage Area (HPSA) bonus payments for 2009 and alerts providers that the 2009 file will be posted to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website when it is available.

Background

The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA) (Section 413(b)) mandated that the automated HPSA bonus payment files be updated annually. CMS creates a new automated HPSA bonus payment file and provides it to your Medicare contractors in early December of each year. CR 6150, from which this article is taken, provides them the names of the test and final 2009 HPSA bonus payment files which contractors will use for the automated bonus payment for claims with dates of service on or after January 1, 2009, through December 31, 2009.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Usted encontrará el archivo de pago de bono anual HPSA (tan pronto esté disponible) y otra información importante sobre el bono HPSA en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses>. También deberá revisar el sitio Web de CMS para determinar si el bono HPSA será pagado automáticamente por servicios suministrados en su código postal (ZIP Code) o si debe someter un modificador. Usted puede determinar si es elegible para el pago automatizado visitando el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf> y siguiendo las instrucciones en esa página.

Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR6150) enviada a su Contratista, FI o A/B MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1582CP.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

You will find the annual HPSA bonus payment file (as it becomes available) and other important HPSA information at <http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/> on the CMS website. You should also review the CMS website to determine whether a HPSA bonus will automatically be paid for services provided in your ZIP code area or whether a modifier must be submitted. You can determine if you are eligible for the automated payment by going to <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf> on the CMS website and following the instructions on the page.

Additional Information

You can find the official instruction, CR 6150, issued to your carrier, FI, or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1582CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6150/ Trans R1582CP / CR6150 / 08-29-08/ mlv rrc

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE CATEGORÍA DE ESTATUS Y DE LOS CÓDIGOS DE ESTATUS DE LAS RECLAMACIONES

Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR) 6090 que le recuerda a los proveedores de la actualización periódica de los códigos de categoría de estatus de las reclamaciones y los códigos de estatus de las reclamaciones que utilizan los contratistas de Medicare con la solicitud del estatus de una reclamación del cuidado de la salud (ASC X12N 276) y respuesta del estatus de una reclamación del cuidado de salud.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6090.pdf>.

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

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

This article was taken for CR 6090 reminds providers of the periodic updates to the Claim Status Codes and Claim Status Category Codes that Medicare contractors use with the Health Care Claim Status Request (ASC X12N 276), and the Health Care Claim Response (ASC X12N 277).

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6090.pdf> on the CMS website.

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

CR6090/Trans. R1533CP/MM6090 ab

Recursos de Información y Educación para Proveedores

LIMITACIÓN AL RECOBRO (935) DE PAGOS INDEBIDOS A PROVEEDORES, MÉDICOS Y SUPLIDORES

Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR) 6183 la cual anuncia cambios en el proceso de recobro de un pago indebido al médico, proveedor y suplidor. Los puntos de interés importantes para el proveedor son los siguientes:

- Para el pago indebido sujeto a esta limitación de recobro, Medicare no comenzará la recuperación de una deuda (o suspenderá la recuperación de deuda ya iniciada) cuando reciba notificación de que el proveedor le solicitó una redeterminación al contratista o una reconsideración al *Qualified Independent Contractor (QIC)*.
- Medicare continuará recuperando el pago indebido con intereses si se reitera la decisión tomada en el proceso apelativo.
- Si el proceso a nivel del ALJ revierte la determinación de pago indebido, Medicare reembolsará con intereses cualquier cantidad de la deuda ya recuperada.
- El pago de intereses de 935 solo aplica a pagos indebidos recuperados bajo las estipulaciones de la limitación de recobro. Los intereses que se pagarán aplicarán solamente al principal de la cantidad recuperada.
- El proveedor debe notar que cuando Medicare envía una carta de recobro notificando a un proveedor de la intención de recuperar un pago indebido, el proveedor puede someter una carta de refutación para disputar la deuda. Esta carta no necesariamente detiene a Medicare de comenzar el proceso de recobro.

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/MM6183.pdf>.

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

Information and Education Resources for Providers

LIMITATION ON RECOUPMENT (935) FOR PROVIDER, PHYSICIANS AND SUPPLIERS OVERPAYMENTS

This article was taken from CR 6183 which announces changes to the physician, provider, and supplier overpayment recoupment process. The important points of interest for providers are as follows:

- *For overpayments subject to this limitation on recoupment, Medicare will not begin overpayment collection of debts (or will cease collections that have started) when it receives notice that the provider has requested a Medicare contractor redetermination or a reconsideration by a Qualified Independent Contractor (QIC).*
- *Medicare will resume overpayment recoveries with interest if the Medicare overpayment decision is upheld in the appeals process.*
- *If the ALJ level process reverses the Medicare overpayment determination, Medicare will refund with interest any overpayments already collected on that debt.*
- *Payment of 935 interest is only applicable to overpayments recovered under the limitation on recoupment provisions. Interest is only payable on the principal amount recouped.*
- *Providers must note that when Medicare sends a demand letter notifying a provider of Medicare's intent to collect an overpayment, the provider may submit a letter of rebuttal that disputes the debt. The rebuttal letter will not necessarily stop Medicare from beginning the process of recouping that debt.*

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/MM6183.pdf> on the CMS website.

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

CR6183/Trans. R141FM/MM6183 ab

Recursos de Información y Educación para Proveedores

PASOS PARA QUE LAS ORGANIZACIONES TENGAN ACCESO A SUS INFORMES DE COMENTARIOS DEL PQRI 2007

Proveedores Afectados

Este documento está dirigido a:

- Grupos médicos bajo las cuales, al menos, un profesional elegible reportó a Medicare data sobre medidas de calidad PQRI en 2007; y
- Profesionales individuales elegibles que reportaron data sobre medidas de calidad PQRI en 2007 a Medicare y desean que sus empleados tengan acceso a sus informes de comentarios PQRI del 2007.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) se complacen en anunciar que los Informes Finales de Comentarios PQRI del 2007 están disponibles en un sitio Web seguro. Este documento provee los pasos que las organizaciones tienen que seguir para tener acceso a sus respectivos informes de comentarios. El primer paso es registrarse con CMS para tener acceso al sistema conocido como AIC) (*Individuals Authorized Access to CMS Computer Services*).

Nota: Si usted es un profesional que trabaja por su cuenta, sin empleados, debe registrarse en el sistema IACS como profesional de la salud individual. Para información adicional sobre el proceso de registro como profesional individual, refiérase al Artículo MLN Matters SE0830, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0830.pdf>.

No se registre si usted **no reportó** medidas de calidad en el 2007.

I. Determine si usted debe registrarse en el sistema IACS como “organización”

Regístrese en el sistema IACS como “organización” si usted:

- Es un grupo médico que recibe pagos de Medicare en representación de los miembros del grupo.

Information and Education Resources for Providers

STEPS FOR ORGANIZATIONS TO ACCESS THEIR 2007 PHYSICIAN QUALITY REPORTING INITIATIVE (PQRI) FEEDBACK REPORTS

Provider Types Affected

This document is directed to:

- *Group practices under which at least one eligible professional reported 2007 PQRI quality measures data to Medicare; and*
- *Individual eligible professionals who reported 2007 PQRI quality measures data to Medicare and wish to have employees access their 2007 PQRI feedback reports.*

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is pleased to announce that 2007 PQRI Final Feedback Reports are available on a secure website. This document provides the steps organizations need to take to access their feedback reports. The first step is to register for access through a CMS security system known as the Individuals Authorized Access to CMS Computer Services (IACS).

Note: *If you are a solo professional without employees, you must register in IACS as an individual practitioner. For information regarding registration as an individual practitioner, see MLN Matters article SE0830, which is at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0830.pdf> on the CMS website.*

Do not register if you did not report quality measures in 2007.

I. Determine if you should register in IACS as an “Organization.”

Register in IACS as an organization if you are:

- *A group practice which receives Medicare payments on behalf of its members, or*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Es un profesional individual elegible que permitirá que uno o más de sus empleados tenga acceso al sistema PQRI.

Las “organizaciones” deben someter su Nombre Legal de Negocio y el Número de Identificación Patronal (TIN o EIN) en el sistema IACS, lo cual será verificado por CMS mediante documentos del Servicio de Rentas Internas (*Internal Revenue Service*), como el CP-575.

Hasta dos individuos tendrán acceso al informe de comentarios PQRI del 2007 por cada organización registrada en IACS. Se preparará un informe por cada TIN/EIN. El grupo médico será responsable de compartir el nivel de información NPI con los profesionales apropiados dentro del grupo.

Nota: Profesionales que reasignaron pagos de Medicare a un grupo médico NO DEBEN registrarse en el sistema IACS, a menos que se trate de uno de los individuos designados para hacerlo en representación del grupo.

No se registre en el sistema IACS como “organización” (en su lugar, regístrese como “Profesional Individual”) si usted es:

- Un profesional individual elegible, sin empleados, que recibe pagos directamente de Medicare.
- Un profesional individual elegible con uno o más empleados que recibe pagos directamente de Medicare y quiere tener acceso personalmente al informe de comentarios PQRI.

Información sobre el registro para aquellos que se registran como Profesionales Individuales será verificada contra la información de suscripción con Medicare. Refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS para obtener información sobre el proceso de registro en IACS como un profesional individual con el fin de tener acceso a su informe de comentarios PQRI 2007: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0830.pdf>.

II. Pasos para que las Organizaciones tengan acceso a los Informes de Comentarios PQRI 2007

Paso 1. Regístrese y obtenga aprobación de parte de IACS

El propósito de este proceso es corroborar su identidad. Una vez complete el proceso

Information and Education Resources for Providers

- *A solo eligible professional who will use one or more employee(s) to access PQRI.*

Organizations must enter a Legal Business Name and Taxpayer Identification Number (TIN)/ Employer Identification Number (EIN) in IACS which CMS will verify against Internal Revenue Service documents such as the CP-575.

Up to two individuals will be able to access the 2007 PQRI feedback report for each organization registered in IACS. One report will be prepared for each TIN. The group practice will be responsible for sharing NPI level information with the appropriate professionals in the practice.

Note: *Professionals who reassigned Medicare payments to a group practice should NOT register in IACS unless they are one of the individuals designated to do so by the group practice.*

Do not register as an organization in IACS (register as an Individual Practitioner instead) if you are:

- *A solo eligible professional without employees who is paid directly by Medicare, or*
- *A solo eligible professional with one or more employees who is paid directly by Medicare and wants to access your PQRI feedback report personally.*

Registration information for those registering as Individual Practitioners will be matched against Medicare enrollment data. Refer to <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0830.pdf> for information about how to register in IACS as an individual practitioner and access your 2007 PQRI feedback report.

II. Steps for Organizations to Access their 2007 PQRI Feedback Reports

Step 1. *Register and be approved in IACS.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

exitosamente, los usuarios recibirán una identificación de usuario y la contraseña para acceder el sistema IACS a través del correo electrónico.

Si su organización ya cuenta con un Oficial de Seguridad aprobado por IACS, no debe registrar otro. Su organización solamente necesita un Oficial de Seguridad. Si usted también cuenta con un Administrador de Grupo aprobado y un usuario que tendrá acceso a la data PQRI, no se registre nuevamente. Proceda al Paso 2.

- 1.a. Un Oficial de Seguridad debe registrarse en el sistema IACS, pero no tendrá acceso a los datos del sistema PQRI.

El Oficial de Seguridad es la persona que registra la organización en el sistema IACS y quien actualiza la información del perfil de la organización en el sistema IACS. Solamente puede haber un Oficial de Seguridad para una organización. Al Oficial de Seguridad se le confía la aprobación de solicitudes de registro de Oficiales de Seguridad de Contingencia y de administradores de grupos de usuario y usuarios y pueden aprobar las solicitudes de acceso a las aplicaciones de los Administradores de Grupos de Usuarios y de Usuarios. Debido a estos roles de aprobación, al Oficial de Seguridad no se le permite tener acceso a las aplicaciones, incluyendo la solicitud del informe de comentarios PQRI.

Luego de que se registre en IACS, el Oficial de Seguridad debe someter documentación del IRS al Centro de Ayuda de Servicios a Usuarios Externos (EUS por sus siglas en inglés), según se discute a continuación:

Documentación preparada por el IRS que contenga:

- Papel timbrado oficial del IRS
- Nombre legal del negocio en mecanografía
- Número TIN/EIN en mecanografía

Ejemplos: Copia impresa del Formulario CP-575, Carta 147C del IRS, Copia del Cupón de Depósito de Impuestos Federales

- 1.b. Una vez el Oficial de Seguridad ha sido aprobado, debe registrarse un Administrador

Information and Education Resources for Providers

The purpose of this process is to confirm your identity. Upon successful completion, users will receive a User ID and Password for IACS via e-mail.

If your organization already has a Security Official approved in IACS, do not register another. Your organization only needs one SO. If you also have an approved user group administrator and end user who will access PQRI data, do not register again- proceed to Step 2.

- 1.a. A Security Official (SO) must register in IACS, but cannot access PQRI data.

The Security Official is the person who registers the organization in IACS and updates the organization profile information in IACS. There can be only one Security Official for an organization. The Security Official is trusted to approve the registrations requests of Backup Security Official(s) and user group administrators and can approve the application access requests of User Group Administrators and End Users. Because of these approval roles, the SO is not permitted to access applications, including the PQRI feedback report application.

After registering in IACS, the Security Official must submit IRS documentation to the External User Services (EUS) Help Desk as discussed below:

Documentation prepared by the IRS containing:

- IRS letterhead
- Typed legal business name
- Typed TIN/EIN

Examples: CP-575 hard copy form, IRS 147C letter, Copy of Federal Tax Deposit Coupon

- 1.b. Once the SO is approved, a User Group Administrator (UGA) must register in IACS and be approved by the SO.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

de Grupo de Usuarios (UGA por sus siglas en inglés) en el sistema IACS y contar con la aprobación del Oficial de Seguridad.

Un UGA registra al Grupo de Usuarios dentro de la organización en el sistema IACS y actualiza la información en el perfil del Grupo de Usuarios en el sistema IACS. Si solamente habrá un usuario en el grupo, este debe registrarse como UGA. Se confía que el UGA pueda aprobar solicitudes de acceso de Usuarios para ese Grupo de Usuarios. En el Paso 2, el UGA podría obtener aprobación para tener acceso al informe de comentarios PQRI 2007.

- 1.c. **OPCIONAL:** Una vez el UGA ha sido aprobado, el Usuario debe registrarse en el sistema IACS y obtener aprobación por parte del UGA. Un usuario es un miembro del personal que cuenta con la confianza para llevar a cabo transacciones de negocio de Medicare para esa organización. En el Paso 2, el Usuario podría obtener aprobación para acceder el informe de retroalimentación PQRI del 2007.

Paso 2: Solicitar un Rol de Usuario PQRI y obtener aprobación por parte del Oficial de Seguridad

Hasta 2 usuarios aprobados para el rol de administrador de grupo de usuarios y/o rol de usuario en el sistema IACS pueden pedir acceso a la aplicación del reporte de comentarios PQRI mediante la solicitud del rol de Usuario PQRI. Cada solicitud debe obtener aprobación por parte del Oficial de Seguridad.

Paso 3: Someta la Solicitud del Reporte de Comentario PQRI

Si usted ha recibido aprobación por parte de IACS para un rol de Usuario PQRI, y su organización reportó medidas de calidad PQRI durante 2007, usted podrá acceder el reporte de comentarios PQRI a través del siguiente enlace <http://www.qualitynet.org/pqri>, haciendo uso de su ID de usuario IACS y su contraseña. Este sitio también contiene una guía de usuarios para el sistema PQRI, así como instrucciones para la interpretación del informe de comentarios PQRI del 2007.

III. Guías de Referencia Rápida IACS

Information and Education Resources for Providers

A UGA registers the User Group within an organization in IACS and updates the User Group profile information in IACS. If there will be only one user in a group, that user must register as a UGA. The UGA is trusted to approve the access requests of End Users for that User Group. In step two, the UGA may be approved to access the 2007 PQRI feedback report.

- 1.c. **OPTIONAL:** *Once the UGA is approved, an End User may register in IACS and be approved by the UGA. An end user is a staff member who is trusted to perform Medicare business for the organization. In step two, the End User may be approved to access the 2007 PQRI feedback report.*

Step Two: *Request a PQRI User Role and be approved by the SO.*

Up to 2 users approved for the user group administrator and/or end user roles in IACS may request access to the PQRI feedback report application by requesting the PQRI User role. Each request must be approved by the SO.

Step Three: *Enter PQRI Feedback Report Application*

If you have been approved in IACS for the PQRI User role, and your organization reported PQRI quality measures for 2007, you may access your 2007 PQRI feedback report at <http://www.qualitynet.org/pqri> using your IACS user ID and password. This site also contains a user guide for the PQRI system, and instructions for interpreting your 2007 PQRI feedback report.

III. IACS Quick Reference Guides

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Las siguientes Guías de Referencia Rápida IACS se encuentran disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage.

- Guías Separadas para registrarse como un Oficial de Seguridad, Administrador de Grupos de Usuarios, Usuario.
- Pedir Acceso a la Aplicación de CMS (solicitar el rol de Usuario PQRI)
- Guía de Referencia Rápida del Aprobador:
 - Pulse en el enlace de *General User Guides and Resources* en la columna de la izquierda para la guía de aprobador, la cual provee los pasos para aprobar solicitudes de registro (El Oficial de Seguridad aprueba al UGA, el UGA aprueba al Usuario), y para que el Oficial de Seguridad apruebe las solicitudes de rol de Usuario PQRI recibidas por parte de UGA's y/o los usuarios.

IV. Ayuda Adicional para IACS

CMS ha establecido un Centro de Ayuda de Servicios a Usuarios Externos (EUS) para brindar apoyo para que los proveedores accedan el sistema IACS. Puede comunicarse con el Centro de Ayuda EUS a través del correo electrónico: EUSSupport@cgi.com o a través del siguiente numero de teléfono: 1-866-484-8049 o usando el sistema TTY/TDD a través del 1-866-523-4759. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 A.M. a 7:00 P.M EST (Hora del este).

V. Ayuda Adicional para PQRI

Próximamente se publicará más información sobre Informes de Comentarios a Participantes PQRI 2007 en el siguiente enlace en la Internet: <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>.

Si necesita ayuda para acceder el Sistema PQRI o tiene preguntas sobre su informe, comuníquese al Centro de Ayuda del Sistema de Entrega de Informes (Report Delivery System Help Desk) en el siguiente número 1-866-288-8912 o mediante correo electrónico: qnetsupport@ifmc.sdps.org.

Si tiene preguntas sobre el estatus de los pagos de incentivos y cualquier balance que se le haya aplicado, puede comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

The following IACS Quick Reference Guides may be found at http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage on the CMS website.

- *Separate Guides for registering as an SO, UGA, End User*
- *Request Access to CMS Application (request PQRI User role)*
- *Approver Quick Reference Guide:*
 - *Click on General User Guides and Resources in the left column for approver guide, which provides steps to approve registration requests (SO approves UGA, UGA approves End User), and for the SO to approve PQRI User role requests from UGA and/or end user.*

IV. Additional Help for IACS

CMS has established the External User Services (EUS) Help Desk to support provider access to IACS. The EUS Help Desk may be reached by e-mail at EUSSupport@cgi.com or by phone on 1-866-484-8049 or TTY/TDD on 1-866-523-4759. Hours of operation are Monday through Friday 7AM to 7PM EST.

V. Additional Help for PQRI

More information about accessing 2007 PQRI Participant Feedback Reports will soon be posted on <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> on the internet.

For help accessing the PQRI system and questions on your feedback report, contact the Report Delivery System Help Desk on 866-288-8912 or by sending an e-mail to qnetsupport@ifmc.sdps.org.

For questions concerning the status of PQRI incentive payments and any offset applied, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. SE0831 / mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

FORMULARIO CMS R-131 REVISADO – NOTIFICACIÓN ANTICIPADA AL BENEFICIARIO DE NO CUBIERTA

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FI 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 suministrados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR 6136, del cual se deriva este artículo, anuncia que vigente el 3 de marzo 2008, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), implementaron el uso de la Notificación Adelantada al Beneficiario de No Cubierta (ABN por sus siglas en inglés) revisada, la cual combina la Notificación Adelantada al Beneficiario de No Cubierta General (ABN-G por sus siglas en inglés) y de Laboratorio (ABN-L por sus siglas en inglés) en un solo formulario, bajo el número CMS R-131.

Se debe tener presente que a partir del 3 de marzo de 2008 y antes del 1 de marzo de 2009 sus contratistas aceptarán cualquiera de los dos, ABN-G y ABN-L vigente, o el ABN revisado, como notificación válida. Sin embargo, a partir del 1 de marzo de 2009, los contratistas de Medicare solamente aceptarán un ABN (CMS R 131) revisado y ejecutado apropiadamente como notificación válida.

Asegúrese que su personal de facturación se encuentra informado acerca de estos cambios al formulario ABN.

Trasfondo

Previo al 3 de marzo de 2008, los médicos, proveedores, profesionales de la salud y suplidores que reciben pagos bajo la Parte B, y los proveedores de hospicios e instituciones religiosas

Information and Education Resources for Providers

REVISED FORM CMS R-131 ADVANCE BENEFICIARY NOTICE OF NONCOVERAGE

Provider Types Affected

Physicians, providers and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI), 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

CR 6136, from which this article is taken announces that, effective March 3, 2008, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) implemented use of the revised Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN); which combines the general Advance Beneficiary Notice (ABN-G) and laboratory Advance Beneficiary Notice (ABN-L) into a single form, with form number (CMS R-131).

You should be aware that beginning March 3, 2008 and prior to March 1, 2009, your contractors will accept either the current ABN-G and ABN-L or the revised ABN as valid notification. However, beginning March 1, 2009, Medicare contractors will accept only a properly executed revised ABN (CMS R-131) as valid notification.

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

Background

Prior to March 3, 2008, physicians, providers, practitioners, and suppliers paid under Part B, and hospice providers and religious non-medical health care institutions

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

de cuidado no-médico de la salud que reciben pagos bajo la Parte A recibieron instrucciones de que debían utilizar la Notificación Adelantada al Beneficiario de No Cubierta General (ABN-G) o de Laboratorio (ABN-L), para informar a los beneficiarios de que son potencialmente responsables de acuerdo con las estipulaciones de limitación de responsabilidad establecidas en la Sección 1879 de la Ley de Seguro Social.

Sin embargo, a partir del 3 de marzo de 2008, CMS implementó el uso de la Notificación Adelantada al Beneficiario de No Cubierta (ABN) revisada. Este formulario revisado combina el ABN-G y el ABN-L en un solo aviso, bajo el mismo número de formulario (CMS R-131).

El Capítulo 30 del *Medicare Claims Processing Manual*, (*Financial Liability Protections*), Sección 50 (Formulario CMS-R-131 de Notificación Adelantada de No Cubierta (ABN)), ha sido substancialmente actualizado para reflejar estos cambios. Ochenta y cinco subsecciones fueron eliminadas de este capítulo, y 47 son nuevas o han sido revisadas. Adjunto al CR6136 se encuentra el Capítulo 30 actualizado. La dirección Web para ver el CR6136 se incluye en la sección de **Información Adicional** de este artículo.

Algunos puntos clave del Capítulo 30 actualizado son los siguientes:

1. El ABN revisado es la nueva notificación escrita aprobada por CMS que los médicos, proveedores, profesionales de la salud, suplidores y laboratorios envían a los beneficiarios suscritos en el Programa de Medicare de Tarifas por Servicios (FFS por sus siglas en inglés) para artículos y servicios que éstos proveen bajo la Parte A de Medicare (hospicios e instituciones religiosas de cuidado no-médico de la salud solamente), y bajo la Parte B. No puede utilizarse para artículos y servicios suministrados bajo el Programa Medicare *Advantage* (MA por sus siglas en inglés), o para medicamentos recetados suministrados bajo el Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare.

Information and Education Resources for Providers

paid under Part A; were instructed to use the general Advance Beneficiary Notice (ABN-G) or laboratory Advance Beneficiary Notice (ABN-L) to inform beneficiaries of their potential liability in accordance with the limitation on liability provisions set forth in Section 1879 of the Social Security Act.

Beginning on March 3, 2008, however, CMS implemented use of the revised Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN). This revised ABN combines the ABN-G and the ABN-L into a single notice, with the same form number (CMS R-131).

The Medicare Claims Processing Manual Chapter 30 (Financial Liability Protections), Section 50 (Form CMS-R-131 Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)) has been substantially updated to reflect these changes. 85 subsections have been deleted from this chapter, and 47 are either new or have been revised. Attached to CR6136 is the updated Chapter 30 and the Web address for viewing CR6136 is contained in the "Additional Information" section of this article.

Some key points from the updated Chapter 30 are as follows:

1. *The revised ABN is the new CMS-approved written notice that physicians, providers, practitioners, suppliers, and laboratories issue to beneficiaries enrolled in the Medicare Fee-For-Service (FFS) program for items and services that they provide under Medicare Part A (hospice and religious non-medical healthcare institutions only) and Part B. It may not be used for items or services provided under the Medicare Advantage (MA) Program, or for prescription drugs provided under the Medicare Prescription Drug Program (Part D).*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

2. El ABN revisado (que reemplaza el ABN G (CMS R 131-G), ABN-L (CMS-R-131-L), y la Notificación de Exclusión de Beneficios de Medicare (NEMB por sus siglas en inglés) (CMS-20007) será utilizado ahora para completar tanto las notificaciones de funciones obligatorias como las voluntarias.

Nota: Una vez se implemente el SNFABN, los Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés) deben usar el SNFABN revisado para todos los artículos y servicios facturados a la Parte A y la Parte B.

3. Las siguientes situaciones requieren, por ley, que se emita un ABN:

- El cuidado no es razonable ni necesario;
- Hubo violación de la prohibición respecto a contactos telefónicos no solicitados;
- No se ha cumplido con los requisitos de número de suplidor de equipo médico y suministros;
- Se ha denegado el equipo médico y/o los suministros por anticipado;
- Cuidado de custodia; y
- Un paciente en un hospicio que no tiene una enfermedad terminal.

4. El uso del ABN es voluntario en las siguientes situaciones:

No se requiere un ABN para cuidado que esté excluido de cubierta por ley bajo Medicare (por ejemplo, cuidado que nunca tiene cubierta) o que no cumple con los requisitos de beneficio técnico (por ejemplo, le falta la certificación requerida).

Además, el ABN puede también ser emitido voluntariamente en lugar de la Notificación de Exclusión de los Beneficios de Medicare (NEMB por sus siglas en inglés) para cuidado que nunca tiene cubierta, tal como:

- Cuidado que no cumple con la definición de beneficio de Medicare, tal como se define en la Sección 1861 de la Ley de Seguro Social;
- Cuidado que está explícitamente excluido de cubierta bajo la Sección 1862 de la Ley de Seguro Social. Los ejemplos incluyen:

Information and Education Resources for Providers

2. *The revised ABN (which replaces the ABN-G (CMS-R-131-G), ABN-L (CMS-R-131-L), and Notice of Exclusion from Medicare Benefits (NEMB) (CMS-20007)) will now be used to fulfill both mandatory and voluntary notice functions.*

Note: *Once the revised SNFABN is implemented, Skilled Nursing Facilities must use the revised SNFABN for all items and services billed to Part A and Part B.*

3. *The following situations require by statute that an ABN be issued:*

- *Care is not reasonable and necessary;*
- *There was a violation of the prohibition on unsolicited telephone contacts;*
- *Medical equipment and supplies supplier number requirements not met;*
- *Medical equipment and/or supplies denied in advance;*
- *Custodial care; and*
- *A hospice patient who is not terminally ill.*

4. *In the following situations ABN use is voluntary:*

ABNs are not required for care that is either statutorily excluded from coverage under Medicare (i.e. care that is never covered) or fails to meet a technical benefit requirement (i.e. lacks required certification).

Additionally, the ABN can also be issued voluntarily in place of the Notice of Exclusion from Medicare Benefits (NEMB) for care that is never covered such as:

- *Care that fails to meet the definition of a Medicare benefit as defined in Section 1861 of the Social Security Act;*
- *Care that is explicitly excluded from coverage under Section 1862 of the Social Security Act. Examples include:*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Servicios para los cuales no hay obligación legal de pago;
 - Servicios pagados por una entidad de gobierno que no sea Medicare (esta exclusión no incluye los servicios pagados por Medicaid de parte de los que tienen elegibilidad dual);
 - Servicios requeridos como resultado de la guerra;
 - Artículos de comodidad personal;
 - Exámenes físicos de rutina (con excepción del examen físico preventivo inicial o el examen físico “Bienvenido a Medicare”), y la mayoría de las pruebas de cernimiento;
 - Chequeo rutinario de la vista;
 - Cuidado dental; y
 - Cuidado rutinario de los pies.
5. Los que emiten los ABN (pueden ser médicos, profesionales de la salud, proveedores (incluyendo a los laboratorios), suplidores, contratistas de la Parte B de Medicare, o comités de evaluación de utilización para el proveedor de cuidado de salud) se conocen colectivamente como los “notificadores”. Tenga presente que el notificador puede dirigir a un empleado o a un subcontratista para que entregue un ABN; sin embargo, la distribución efectiva del ABN recae finalmente sobre los notificadores.

Se requiere que los notificadores emitan los ABNs siempre que apliquen las limitaciones de responsabilidad.

Esto ocurre típicamente durante tres eventos precipitadores durante el curso de tratamiento (inicio, reducción y terminación).

Los notificadores deben dar un ABN a los beneficiarios de Medicare FFS o sus representantes, incluyendo a los beneficiarios que tienen cubierta de Medicaid, además de la cubierta de Medicare (por ejemplo, elegibilidad dual). Debe observar que la incapacidad de los notificadores de informar al beneficiario o a su representante no les permite transferir la responsabilidad financiera

Information and Education Resources for Providers

- *Services for which there is no legal obligation to pay;*
- *Services paid for by a government entity other than Medicare (this exclusion does not include services paid for by Medicaid on behalf of dual-eligibles);*
- *Services required as a result of war;*
- *Personal comfort items;*
- *Routine physicals (except the initial preventive physical or “Welcome to Medicare” physical examination) and most screening tests;*
- *Routine eye care;*
- *Dental care; and*
- *Routine foot care.*

5. *ABN issuers (who may be physicians, practitioners, providers (including laboratories), suppliers, Medicare contractors, or utilization review committees for the care provider) are collectively known as “notifiers”. Be aware that the notifier may direct an employee or a subcontractor to actually deliver an ABN, however, the notifier remains ultimately responsible for its effective delivery.*

Notifiers are required to issue ABNs whenever limitation on liability applies.

This typically occurs at three “triggering events” during a course of treatment (initiation, reduction, and termination).

Notifiers must give an ABN to “recipients” (FFS Medicare beneficiaries or their representatives), including beneficiaries who have Medicaid coverage in addition to Medicare (i.e. dual-eligible). You should note that notifiers’ inability to give notice to a beneficiary or his/her representative does not allow them to shift financial liability to the

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

al beneficiario, a no ser que hayan agotado todos los intentos para emitir la notificación y tales intentos estén claramente documentados en el expediente del paciente y que no haya sido refutado por el beneficiario.

El Capítulo 30 del *Medicare Claims Processing Manual (Financial Liability Protections)*, Sección 50 (Formulario CMS-R-131 *Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)*), también contiene información específica acerca de los Requisitos de Preparación del ABN tales como el número de páginas, tipografía y reproducción de formularios, cómo llenar el formulario y la política de retención, requisitos de entrega; y lo que se debe hacer en situaciones particulares tales como emergencias, o si un beneficiario cambia de opinión o se niega a completar o a firmar la notificación.

También discute la responsabilidad potencial del beneficiario y del proveedor; los requisitos para determinaciones adelantadas de cubierta; el cobro de fondos y reembolsos; y asuntos específicos de equipo médico duradero, protético, ortótico y suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés), hospicios, e Instalaciones de Rehabilitación Ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés).

Información Adicional

Puede encontrar más información sobre el Formulario ABN Revisado (CMS-R-131) en el CR6136, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1587CP.pdf>. Allí encontrará la actualización al Capítulo 30 del *Medicare Claims Processing Manual (Financial Liability Protections)*, Sección 50 (Form CMS-R-131 *Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)*) como un anejo a ese CR.

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

Puede encontrar información adicional sobre el ABN Revisado y otros avisos de limitaciones de responsabilidad en el sitio Web *Beneficiary Notice Initiatives* de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/bni>. Si tiene preguntas sobre el ABN revisado, puede dirigirse por correo electrónico a la siguiente dirección: RevisedABN_ODF@cms.hhs.gov.

Information and Education Resources for Providers

beneficiary, unless they have exhausted all attempts to issue the notice and such attempts are clearly documented in the patient's record and undisputed by the beneficiary.

Medicare Claims Processing Manual Chapter 30 (Financial Liability Protections), Section 50 (Form CMS-R-131 Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)) also contains specific information about ABN Preparation Requirements such as the number of pages, fonts and form reproduction, completion and retention of the form, delivery requirements; and what to do in particular situations such as emergencies, or if a beneficiary changes his/her mind or refuses to complete or sign the notice.

It also discusses potential beneficiary and provider liability; requirements for advance coverage determinations; the collection of funds and refunds; and issues specific to durable medical equipment, prosthetics, orthotics, and supplies (DMEPOS), hospice, and Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).

Additional Information

You can find more information about the revised ABN Form (CMS-R-131) by going to CR 6136, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1587CP.pdf> on the CMS website. There you will find the updated Medicare Claims Processing Manual Chapter 30 (Financial Liability Protections), Section 50 (Form CMS-R-131 Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)) as an attachment to that CR.

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

Additional information on the revised ABN and other limitation of liability notices can be found on the Beneficiary Notice Initiatives website at <http://www.cms.hhs.gov/bni> on the CMS website. Questions regarding the revised ABN can be emailed to RevisedABN_ODF@cms.hhs.gov.

Pub. MLN6136/ Trans R1587CP / CR6136 / 09-05-08/ mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

PASOS PARA QUE PROFESIONALES INDIVIDUALES ELEGIBLES ACCEDAN PERSONALMENTE SUS INFORMES DE COMENTARIOS PQRI (PHYSICIAN QUALITY REPORTING INITIATIVE) DE 2007

Proveedores Afectados

Este documento está dirigido a profesionales individuales elegibles que reportaron data de medidas de calidad PQRI en 2007 a Medicare y que tendrán acceso a sus informes personalmente. Nota: Profesionales en prácticas individuales que desean que sus empleados tengan acceso a sus reportes, así como prácticas grupales, deben registrarse en IACS como organización. Para información sobre el proceso de registro como organización, refiérase al Artículo MLN Matters SE0831, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0831.pdf>.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

CMS se complace en anunciar que los informes finales de comentarios de PQRI del 2007 se encuentran disponibles en un sitio Web seguro. Este documento provee los pasos que los profesionales deben seguir para acceder sus informes personalmente. El primer paso es registrarse para tener acceso a través de un sistema de seguridad de CMS conocido como IACS (*Individuals Authorized Access to CMS Computer Services*). No se registre si usted no reportó medidas de calidad en el 2007.

Proceso de Registro de Cinco Pasos

Paso 1. Registro IACS – Determine si usted debe registrarse como “profesional de la salud individual” para tener acceso al IACS para acceder su Informe de Comentarios PQRI 2007.

Para efectos del proceso de registro IACS, un Profesional Individual es:

1. Un profesional individual elegible, sin empleados, que recibe pago directamente por parte de Medicare, o

Information and Education Resources for Providers

STEPS FOR INDIVIDUAL ELIGIBLE PROFESSIONALS TO ACCESS THEIR 2007 PHYSICIAN QUALITY REPORTING INITIATIVE (PQRI) FEEDBACK REPORTS PERSONALLY

Provider Types Affected

This document is directed to individual eligible professionals who reported 2007 PQRI quality measures data to Medicare and will access their reports personally. Note: Solo practitioners who wish to use employees to access their reports and group practices must register in IACS as organizations. For information regarding registration as an organization, see MLN Matters article SE0831, which is at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0831.pdf> on the CMS website.

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is pleased to announce that 2007 PQRI Final Feedback Reports are available on a secure website. This document provides the steps professionals need to take to access their feedback reports personally. The first step is to register for access through a CMS security system known as the Individuals Authorized Access to CMS Computer Services (IACS). Do not register if you did not report quality measures in 2007.

A Five Step Process for Registration

Step One: IACS Registration – Determine if you should register under the “individual practitioner” role in IACS to access your 2007 PQRI Feedback Report.

For purposes of IACS registration, an Individual Practitioner is:

1. A solo eligible professional without employees who is paid directly by Medicare, or

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

2. Un profesional individual elegible con uno o más empleados que recibe pago por parte de Medicare y que desea tener acceso personal a sus informes de comentarios PQRI. (Si usted desea que sus empleados tengan acceso a sus informes, debe registrarse como organización. Si desea información sobre la forma de registrarse como organización y cómo tener acceso al informe de comentarios PQRI de 2007, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMArticles/downloads/SE0831.pdf>.)

Si usted cumple con los requisitos descritos anteriormente y ya está registrado en IACS como profesional individual, no se registre nuevamente. Continúe hasta el Paso 4.

Los profesionales que hayan reasignado pagos de Medicare a una práctica grupal NO DEBEN registrarse en IACS a menos que sean uno de 2 ó 3 usuarios designados a hacerlo por la práctica grupal. Un informe de comentarios PQRI de 2007 será preparado para cada contribuyente (por cada TIN). La práctica grupal será responsable de compartir el nivel de información NPI con los profesionales designados en cada práctica.

Si usted cumple con la definición presentada arriba de un Profesional Individual, puede acceder personalmente su informe de comentarios PQRI del 2007 siguiendo los siguientes pasos:

Paso 2. Confirme los datos de suscripción en Medicare después del 2003.

CMS verificará la información de registro en IACS contra los datos de suscripción de Medicare antes de permitirle acceso a la solicitud PQRI. Por tanto, le recomendamos que actualice su información de suscripción en Medicare, si fuera necesario, antes de proceder con su registro en IACS.

Los profesionales individuales que no han sometido su solicitud de suscripción a Medicare (CMS-855) desde noviembre de 2003 tendrán que hacerlo. Para más información sobre el proceso de suscripción en Medicare, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/>. Para facilitar el proceso de suscripción al programa

Information and Education Resources for Providers

2. A solo eligible professional with one or more employees who is paid directly by Medicare and wants to access their PQRI feedback report personally. (If you want to use employees to access your report, register as an organization. Refer to <http://www.cms.hhs.gov/MLNMArticles/downloads/SE0831.pdf> for information on how to register as an organization and access your 2007 PQRI feedback report.)

If you meet the requirements above and are already registered in IACS as an individual practitioner, do not register again. Proceed to Step Four.

Professionals who reassigned Medicare payments to a group practice should NOT register in IACS unless they are one of the 2 or 3 users designated to do so by the group practice. One 2007 PQRI feedback report will be prepared for each taxpayer identification number (TIN). The group practice will be responsible for sharing NPI level information with the appropriate professionals in the practice.

If you meet the definition of Individual Practitioner above, you may access your 2007 PQRI feedback report personally by following the steps below.

Step Two: Confirm your enrollment data in Medicare after 2003.

CMS will match your IACS registration with Medicare enrollment data before allowing you to access the PQRI application. Therefore, we encourage you to update your enrollment information if necessary before registering in IACS.

Individual professionals who have not submitted a Medicare enrollment application (CMS-855) since November 2003 will need to do so. See <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/> for more information about the Medicare enrollment process. To facilitate your enrollment into the Medicare program or updating your enrollment with Medicare, you should review the following

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Medicare o la actualización de su información de suscripción, usted debe evaluar el siguiente archivo, disponible para descargarse en el siguiente enlace antes de someter su solicitud de suscripción a su Contratista de Medicare, en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/Enrollmenttips.pdf>.

Si usted ya ha sometido una solicitud de suscripción para noviembre de 2003, o no está seguro de cuándo sometió su solicitud de suscripción, proceda al Paso 3.

Paso 3. Registro de Profesionales Individuales, según se define en el Paso 1

El propósito de esta parte del proceso de registro IACS es confirmar su identidad. Una vez complete el proceso exitosamente, usted recibirá por correo electrónico un nombre de usuario y contraseña para IACS.

Regístrese como profesional individual. La Guía de Referencia Rápida para el Registro de Profesionales Individuales que son Nuevos Usuarios se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage.

Paso 4: Solicite un Rol de Usuario PQRI (Espere al menos un día laborable luego de registrarse.)

Una vez que su registro en IACS esté aprobado, CMS verificará su información de registro contra los datos de suscripción en Medicare disponibles después de noviembre de 2003. Su información de registro en IACS y sus datos de suscripción en CMS deben coincidir para que reciba aprobación a acceso al informe de comentarios PQRI. Usted recibirá un correo electrónico de parte de CMS si su suscripción en Medicare ha sido confirmado. Esto debe ocurrir un día laborable luego de su registro en IACS, si los datos de suscripción están en nuestra base de datos.

Una vez reciba la confirmación de suscripción por correo electrónico, solicite acceso a la aplicación del informe de comentarios PQRI por medio de la selección del rol de Usuario PQRI. La Guía de Referencia Rápida para Solicitar Acceso a Aplicaciones de CMS (*Request Access to CMS Application Quick Reference Guide*) le brinda instrucciones para solicitar un rol para la

Information and Education Resources for Providers

downloadable file at <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/Enrollmenttips.pdf> before submitting an enrollment application to a Medicare contractor:

If you submitted an enrollment application since November 2003, or are unsure when the enrollment application was submitted, proceed to step three.

Step Three: Registration for Individual Practitioners as Defined in Step One

The purpose of this part of the IACS registration process is to confirm your identity. Upon successful completion, you will receive a User ID and Password for IACS by e-mail.

Register as an individual practitioner. The Individual Practitioner New User Registration Quick Reference Guide may be found at http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage on the CMS website.

Step Four: Request a PQRI User Role (Wait at least one business day after registration.)

Once your IACS registration is approved, CMS will match your registration information against Medicare enrollment data available after November of 2003. Your IACS and CMS enrollment data must match for you to be approved to access the PQRI feedback report application. You will receive an e-mail from CMS if your Medicare enrollment has been confirmed. This should occur within one business day of IACS registration if your enrollment data is in our database.

Once you receive the enrollment confirmation e-mail, request access to the PQRI feedback report application by selecting the PQRI User role. The "Request Access to CMS Application Quick Reference Guide" provides instructions for

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

aplicación. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage.

Si usted solicita un rol de Usuario PQRI, y su información de suscripción no se encuentra en el archivo, usted recibirá un mensaje de error indicando que IACS no puede confirmar su estatus de suscripción en Medicare.

Si usted no recibe un correo electrónico confirmando su suscripción en Medicare, o si recibe un mensaje de error de que no se ha podido confirmar su suscripción:

- Actualice la información de suscripción en Medicare si usted no ha sometido una solicitud de suscripción desde noviembre de 2003 (siga las instrucciones en el Paso 2).
- Si usted ha sometido una solicitud de suscripción luego de noviembre de 2003, comuníquese con su Contratista de la Parte B/Contratista Administrativo de Medicare.

Paso 5: Acceda la Aplicación PQRI

Si ha recibido aprobación por parte de IACS para un Rol de Usuario PQRI, y usted reportó medidas de calidad PQRI en 2007, puede acceder su informe a través de su Nombre de Usuario y Contraseña IACS en el siguiente enlace: <http://www.qualitynet.org/pqri>. Este sitio Web también contiene una guía para usuarios del Sistema PQRI, así como instrucciones para la interpretación de su informe de comentarios PQRI del 2007.

Ayuda Adicional para IACS

CMS ha establecido un Centro de Ayuda a Usuarios Externos (EUS por sus siglas en inglés) para dar apoyo al acceso de proveedores al sistema IACS. Puede comunicarse con el Centro de Ayuda EUS mediante correo electrónico (EUSsupport@cgi.com) o a través del siguiente número telefónico: 1-866-484-8049. También se puede comunicar a través del sistema TTY/TDD llamando al siguiente número telefónico: 1-866-523-4759. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 A.M. a 7:00 P.M. hora del este.

Information and Education Resources for Providers

requesting an application role. It may be found at http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage on the CMS website.

If you request the PQRI User role, and your enrollment data is not on file, you will get an error message that IACS cannot confirm your Medicare enrollment status.

If you do not get an e-mail confirming your Medicare enrollment, or get an error message that your enrollment cannot be confirmed:

- *Update your Medicare enrollment information if you have not submitted an enrollment application since November of 2003 (follow the instructions in Step 2).*
- *If you have submitted an enrollment application since November 2003, contact your carrier/ Medicare Administrative Contractor.*

Step Five: Enter PQRI Application

If you have been approved in IACS for the PQRI User role, and you reported PQRI quality measures for 2007, you may access your 2007 report at <http://www.qualitynet.org/pqri> using your IACS user ID and password. This site also contains a user guide for the PQRI system, and instructions for interpreting your 2007 PQRI feedback report.

Additional Help for IACS

CMS has established the External User Services (EUS) Help Desk to support provider access to IACS. The EUS Help Desk may be reached by e-mail at EUSsupport@cgi.com or by phone on 1-866-484-8049 or TTY/TDD on 1-866-523-4759. Hours of operation are Monday through Friday 7AM to 7PM EST.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Ayuda Adicional para PQRI

Si desea ayuda para acceder el sistema PQRI o si tienes preguntas sobre su informe de comentarios, comuníquese con el Centro de Ayuda del Sistema de Entrega llamando al 866-288-8912 o mediante correo electrónico a la siguiente dirección: qnetsupport@ifmc.sdps.org.

Si usted tiene preguntas respecto al estatus de los pagos de incentivo PQRI y cualquier balance aplicado a los pagos, comuníquese con su Contratista o A/B MAC. Si desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

Additional Help for PQRI

For help accessing the PQRI system and questions on your feedback report, contact the Report Delivery System Help Desk on 866-288-8912 or qnetsupport@ifmc.sdps.org.

For questions concerning the status of PQRI incentive payments and any offset applied, contact your carrier or A/B Medicare Administrative contractor (MAC) provider call center at 1-877-715-1921.

Pub. SE0830 / mlv rrc

INCORPORACIÓN DE REVISIONES REGULATORIAS RECIENTES AL CAPÍTULO 10 DEL MANUAL DE INTEGRIDAD DEL PROGRAMA (PIM) MEDICARE

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 suministrados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6178, el cual incorpora cambios regulatorios recientes al Manual de Integridad del Programa Medicare (PIM por sus siglas en inglés), (Capítulo 10: *Healthcare Provider/Supplier Enrollment*).

Trasfondo

El Manual de Integridad del Programa Medicare (Capítulo 10) especifica los recursos y procedimientos que los contratistas de Pago por Servicios (FFS por sus siglas en inglés) de Medicare deben usar para establecer y mantener el proceso de suscripción de proveedores y suplidores en el Programa Medicare.

El CR6178 revisa el Capítulo 10 (*Healthcare Provider/Supplier Enrollment*) del Manual de Integridad del Programa Medicare e incorpora las estipulaciones no relacionadas con apelaciones que se encuentran en la publicación

INCORPORATION OF RECENT REGULATORY REVISIONS INTO CHAPTER 10 OF THE PROGRAM INTEGRITY MANUAL (PIM)

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) 6178 which incorporates recent regulatory changes into the Medicare Program Integrity Manual (Chapter 10 (Healthcare Provider/Supplier Enrollment)).

Background

The Medicare Program Integrity Manual (Chapter 10) specifies the resources and procedures Medicare fee-for-service contractors must use to establish and maintain provider and supplier enrollment in the Medicare program.

Change Request (CR) 6178 revises Chapter 10 (Healthcare Provider/Supplier Enrollment) of the Medicare Program Integrity Manual and incorporates non-appeals related provisions contained in "Appeals of CMS or CMS

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

“Appeals of CMS or CMS Contractor Determinations When a Provider or Supplier Fails to Meet the Requirements for Medicare Billing Privileges (CMS 6003-F)”, que se publicó en el *Federal Register* el 27 de junio de 2008.

Este CR instruye a los contratistas a:

- Establecer una prohibición de suscripción para aquellos proveedores y suplidores cuyos privilegios de facturación se revocan. La prohibición de suscripción requerirá que los proveedores y suplidores cuyos privilegios de facturación se revocan esperen de uno a tres años antes de solicitar nuevamente participar en el Programa de Medicare.
- Requerir que los proveedores y suplidores reciban pagos por transferencia de fondos electrónicos (EFT por sus siglas en inglés) al momento de suscribirse, cuando realicen un cambio a su información de suscripción o durante un proceso de revalidación. Además, los proveedores o suplidores deben continuar recibiendo su pago vía EFT cuando ocurre una transición de contratista y el proveedor o el suplidor estaba recibiendo pagos vía EFT previamente.
- Permitir a los contratistas de Medicare que rechacen una solicitud de suscripción cuando un proveedor o suplidor no provee la información/documentación necesaria en el término de 30 días de la solicitud de información adicional de parte del contratista.
- Establecer una nueva razón de revocación para servicios que no pudieron ser suministrados (por ejemplo: un médico que facture por servicios dentro de los Estados Unidos cuando el médico estaba viviendo fuera del país).

Información Adicional

El CR6178 es la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B, FI o A/B MAC referente a este cambio y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R269PI.pdf>. La revisión al Capítulo 10 del Manual de Integridad del Programa Medicare se incluye como anejo al CR6178.

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

Information and Education Resources for Providers

Contractor Determinations When a Provider or Supplier Fails to Meet the Requirements for Medicare Billing Privileges (CMS 6003-F)” which was published in the *Federal Register* on June 27, 2008. This CR instructs contractors to:

- *Establish an enrollment bar for those providers and suppliers whose billing privileges are revoked. The enrollment bar will require that providers and suppliers whose billing privileges are revoked to wait from one to three years before reapplying to participate in the Medicare program.*
- *Require providers and supplier to receive payments by electronic funds transfer (EFT) when enrolling, making a change to their enrollment information, or during a revalidation process. In addition, providers or suppliers must continue to receive payment via EFT when Medicare contractor transition occurs and the provider or supplier was previously receiving payment via EFT.*
- *Allow Medicare contractors to reject an enrollment application when a provider or supplier fails to provide missing information/ documentation within 30 days of a contractor’s request for additional information. (The previous standard was 60 days.)*
- *Establish a new revocation reason for services that could not be provided (e.g., physician billing for services within in the United States when the physician was living outside of the country.)*

Additional Information

The official instruction, CR 6178, issued to your carrier, FI, or A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R269PI.pdf> on the CMS website. The revised Chapter 10 of the Program Integrity Manual is attached to CR 6178.

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

Pub. MLN6178/ Trans R269PI / CR6178 / 10-20-08 / mlv rrc

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

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

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

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

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 -- 787-884-7214 mass@coqui.net - mass@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 Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net
WebMD	-Radiology Services -UPIN	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino -- LSavino@webmd.net
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 787-720-9697 -- Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 http://www.winmbs.com -- softek@prtc.net
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 -- simplesoft@hotmail.com
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net -- www.meditrak-pr.info
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anesthesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net -- http://www.hcspr.com
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 -- PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net -- offiplus@libertypr.net

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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

Política Médica

CUBIERTA DE MEDICARE PARA CORAZÓN ARTIFICIAL

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], y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés] por servicios relacionados a cardiología y suministros a beneficiarios de pago por servicio (FFS) de Medicare y beneficiarios bajo un Plan de Cuidado Dirigido de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR6185, del cual se deriva este artículo, anuncia que Medicare ha emitido una determinación de cubierta nacional (NCD por sus siglas en inglés), a partir del 1 de mayo de 2008, que establece cubierta limitada para corazón artificial cuando se implanta en pacientes registrados en estudios clínicos aprobados por Medicare que cumplen con todos los criterios de Cubierta con Evidencia de Desarrollo (CED por sus siglas en inglés).

Asegúrese que el personal de facturación en su oficina tenga conocimiento de la cubierta del corazón artificial y las instrucciones de facturación que se encuentran en el CR6185. Los detalles se presentan en la sección **Trasfondo** más adelante.

Trasfondo

Según se determinó el 19 de mayo de 1986, mediante NCD de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), el uso de corazones artificiales no estaba cubierto por Medicare antes del 1 de mayo de 2008. El CR6185 anuncia que Medicare ha publicado un NCD que establece una cubierta limitada para corazones artificiales como un puente al trasplante y como terapia de destino, bajo CED.

Esto significa que Medicare cubrirá el corazón artificial cuando se implanta en pacientes registrados en estudios clínicos aprobados por Medicare que cumplen con todos los criterios CED enumerados más adelante.

Medical Policy

MEDICARE COVERAGE OF ARTIFICIAL HEARTS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), and Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for cardiac-related services and supplies to Fee-for-Service (FFS) Medicare beneficiaries and Managed Care Plan Medicare beneficiaries.

What You Need to Know

CR 6185, from which this article is taken, announces that Medicare has issued a national coverage determination (NCD) (effective on May 1, 2008), that establishes limited coverage for artificial hearts when implanted in patients enrolled in Medicare-approved clinical studies meeting all of the Coverage with Evidence Development (CED) criteria.

Make sure that your billing staffs are aware of these artificial heart coverage and billing instructions in CR 6185. Details are presented in Background, below.

Background

As determined by the May 19, 1986 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) NCD, the use of artificial hearts was not covered by Medicare prior to May 1, 2008. CR 6185 announces that Medicare has issued an NCD that establishes limited coverage for artificial hearts as a bridge-to-transplantation and as destination therapy, under CED.

This means that Medicare will cover artificial hearts when implanted in patients enrolled in Medicare-approved clinical studies that meet all of the CED criteria listed below.

Cont. on next page

Política Médica

Para su referencia, la AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) apoya estudios de investigación clínica que CMS determina cumplen con los estándares, y trata asuntos de investigación que se enumeran a continuación. Los estudios clínicos que CMS ha determinado cumplen con esos requisitos se enumeran en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilities/06_artificialhearts.asp. La cubierta bajo el CED solamente aplicará a corazones artificiales implantados en el contexto de uno de esos estudios clínicos aprobados.

Para obtener aprobación, un estudio clínico debe:

1. Contestar al menos una de las siguientes preguntas:
 - ¿Hubo alguna circunstancia única (como el “expertise” disponible en una instalación particular o alguna combinación inusual de condiciones en pacientes particulares) que afectó los resultados?
 - ¿Cuál será el tiempo promedio para que el aparato falle, cuando el aparato esté disponible a un amplio número de pacientes?
 - ¿Demuestran adecuadamente los resultados una indicación razonable de la gama completa de resultados médicos (tanto positivos como negativos) que se podrían esperar de un uso más amplio?

Y

2. El estudio clínico debe cumplir con los siguientes criterios:
 - Debe ser evaluado y aprobado por la FDA;
 - Que su propósito principal sea realizar pruebas, ya sea que una intervención particular mejore potencialmente los resultados médicos del participante;
 - Tiene amplio apoyo de información científica y médica, o tiene la intención de aclarar o establecer los resultados médicos de intervenciones que ya están en uso clínico común.

Medical Policy

For your reference, the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) supports clinical research studies that CMS has determined meet the standards, and address the research questions, that are listed below. Clinical studies that CMS has determined to have met these requirements will be listed at http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilities/06_artificialhearts.asp on the CMS website, and coverage under CED will only apply to artificial hearts that are implanted in the context of one of these approved clinical studies.

To be approved, a clinical study must:

1. *Address at least one of the following questions:*
 - *Were there unique circumstances (such as expertise available in a particular facility or an unusual combination of conditions in particular patients) that affected their outcomes?*
 - *What will be the average time to device failure when the device is made available to larger numbers of patients?*
 - *Do results adequately give a reasonable indication of the full range of outcomes (both positive and negative) that might be expected from more widespread use?*

And

2. *The clinical study must meet all of the following criteria:*
 - *It must be reviewed and approved by the Food and Drug Administration (FDA);*
 - *Its principal purpose is to test whether a particular intervention potentially improves the participants' health outcomes;*
 - *It is well supported by available scientific and medical information, or is intended to clarify or establish the health outcomes of interventions already in common clinical use;*

Cont. on next page

Política Médica

- No duplica injustificadamente estudios existentes;
- Su diseño es apropiado para contestar las preguntas de investigación que se hacen en el estudio;
- Cuenta con el auspicio de una organización o individuo, capaz de llevar a cabo el estudio propuesto exitosamente;
- Esta en cumplimiento con las reglamentaciones federales aplicables que se encuentran en el 45 CRF Parte 46 (si el estudio esta regulado por la FDA, también debe estar en cumplimiento con el 21 CFR, Partes 50 y 56), sobre la protección de sujetos humanos;
- Todos los aspectos se llevan a cabo de acuerdo a los estándares de integridad científica apropiados (vea el siguiente enlace en el Internet: <http://www.icmje.org>).
- Tiene un protocolo escrito que está claramente dirigido, o incorpora por referencia, los estándares enumerados aquí como requisitos para la cubierta de Medicare con la participación en estudios (CSP) o cubierta CED;
- No está diseñado para probar exclusivamente la toxicidad o enfermedad patofisiológica en individuos saludables. (Los ensayos clínicos de todas las tecnologías médicas que miden resultados terapéuticos como uno de los objetivos cumple con ese estándar sólo si la enfermedad o condición bajo estudio es terminal, según se define en el 21 CFR, Sección 312.81(a) y el paciente no tiene otras opciones de tratamiento viables);
- Está registrado en el enlace <http://clinicaltrials.gov/> en el sitio Web ClinicalTrials.gov por el auspiciador/ investigador principal, y evidenciado al tener un número de control de Ensayo Clínico Nacional (*National Clinical Trial control number*).

Medical Policy

- *It does not unjustifiably duplicate existing studies;*
- *Its design is appropriate to answer the research question being asked in the study;*
- *It is sponsored by an organization, or individual, capable of executing the proposed study successfully;*
- *It is in compliance with all applicable Federal regulations concerning the protection of human subjects found at 45 CFR Part 46 (if a study is FDA-regulated it also must be in compliance with 21 CFR Parts 50 and 56.);*
- *All aspects are conducted according to appropriate standards of scientific integrity (see <http://www.icmje.org> on the Internet;*
- *It has a written protocol that clearly addresses, or incorporates by reference, the standards listed here as Medicare requirements for coverage with study participation (CSP) or CED coverage;*
- *It is not designed to exclusively test toxicity or disease pathophysiology in healthy individuals. (Trials of all medical technologies measuring therapeutic outcomes as one of the objectives meet this standard only if the disease or condition being studied is life threatening as defined in 21 CFR Section 312.81(a) and the patient has no other viable treatment options);*
- *It is registered at <http://clinicaltrials.gov/> on the ClinicalTrials.gov website by the principal sponsor/investigator as demonstrated by having a National Clinical Trial control number;*

Cont. on next page

Política Médica

- El protocolo de investigación debe:
 - Especificar el método y fecha de publicación de todos los resultados médicos pre-especificados a ser medidos, incluyendo la publicación de resultados médicos, si los resultados son negativos o si el estudio concluye temprano. (Los resultados deben publicarse dentro de los 24 meses de la fecha de compilación de la data. Si se planifica que el reporte se publique en una revista evaluada por pares, entonces la publicación inicial pudiese ser un resumen que cumpla con los requisitos del *International Committee of Medical Journal Editors*, disponible en el siguiente enlace: <http://www.icmje.org>. Sin embargo, se debe publicar un informe completo de los resultados no más tarde de 3 años luego de concluida la compilación de data);
 - Discutir explícitamente subpoblaciones afectadas por el tratamiento bajo investigación, particularmente grupos que tradicionalmente tienen baja representación en estudios clínicos, cómo los criterios de inclusión y exclusión afectan la inscripción de dichas poblaciones, y un plan para la retención y reporte de dichas poblaciones en el ensayo clínico. Si se espera que los criterios de inclusión y exclusión tengan un efecto negativo en el reclutamiento o retención de poblaciones con baja representación, se debe discutir por qué dichos criterios son necesarios;
 - Discutir explícitamente cómo se espera que los resultados sean o no generalizados a la población de Medicare para inferir si los pacientes de Medicare deben

Medical Policy

- *The research protocol must:*
 - *Specify the method and timing of public release of all pre-specified outcomes to be measured, including release of outcomes if outcomes are negative or study is terminated early. (The results must be made public within 24 months of the end of data collection. If a report is planned to be published in a peer-reviewed journal, then that initial release may be an abstract that meets the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors, which can be found at <http://www.icmje.org> on the Internet. However a full report of the outcomes must be made public no later than three (3) years after the end of data collection.);*
 - *Explicitly discuss subpopulations affected by the treatment under investigation, particularly traditionally underrepresented groups in clinical studies, how the inclusion and exclusion criteria effect enrollment of these populations, and a plan for the retention and reporting of these populations in the trial. If the inclusion and exclusion criteria are expected to have a negative effect on the recruitment or retention of underrepresented populations, it must discuss why these criteria are necessary;*
 - *Explicitly discuss how the results are or are not expected to be generalizable to the Medicare population to infer whether Medicare patients may benefit*

Cont. on next page

Política Médica

beneficiarse de la intervención. Puede ser necesario sostener discusiones separadas sobre el protocolo para poblaciones elegibles para Medicare debido a la edad, incapacidad o elegibilidad a Medicaid.

Requisitos de Facturación

Reclamaciones relacionadas a costos rutinarios, así como artículos y servicios razonables y necesarios utilizados para diagnosticar y tratar complicaciones que surgen de la participación en la prueba, y reclamaciones para beneficiarios de cuidado dirigido que reciben servicios en un estudio clínico aprobado para corazones artificiales, deben ser enviadas al Contratista FFS apropiado, e incluir los códigos apropiados para asegurar el pago correcto.

Reclamaciones institucionales y de médicos/suplidores para servicios rutinarios prestados en estudios de corazón artificial aprobados deben ser facturadas y procesadas de acuerdo a instrucciones publicadas previamente para estudios clínicos.

Su contratista de Medicare retendrá sus reclamaciones hasta la implementación del CR6185 y las reclamaciones puedan procesarse correctamente. Una vez se implemente exitosamente el CR6185, los Contratistas de Medicare procesarán dichas reclamaciones y pagarán intereses (si fuera aplicable) sobre reclamaciones retenidas.

CMS también ha determinado que debido a que la cubierta solamente esta disponible a través de estudios clínicos, los requisitos de facturación y codificación serán los mismos a los actualmente utilizados por otros estudios clínicos cubiertos por Medicare, según se indica en el NCD vigente el mes de septiembre de 2000. Esto significa que las organizaciones *Medicare Advantage* (MA) no serán responsables del pago del corazón artificial, o por servicios rutinarios relacionados al estudio, hasta que la tarifa per cápita del plan ha sido ajustada apropiadamente para incluirlos.

Medical Policy

from the intervention. Separate discussions in the protocol may be necessary for populations eligible for Medicare due to age, disability, or Medicaid eligibility.

Billing Requirements

Claims related to the routine costs, as well as reasonable and necessary items and services used to diagnose and treat complications arising from participation in the trial, and claims for managed care beneficiaries receiving services in an approved clinical study for artificial hearts, should be sent to the appropriate FFS contractor and include the appropriate codes to ensure proper payment.

Institutional and physician/supplier claims for routine services provided in approved artificial heart studies should be billed and processed according to previously issued instructions for clinical trials.

Your Medicare contractor will hold your claims until CR 6185 is implemented and the claims can be correctly processed. Upon successful implementation of CR 6185, Medicare contractors will process the claims and pay interest (as appropriate) on held claims.

CMS has also determined that since coverage is only available under clinical studies, the billing and coding requirements will be the same as those currently used for other Medicare covered clinical trials as included in the NCD effective September 2000. This means that Medicare Advantage (MA) organizations will not be responsible for payment for the artificial heart, or for routine services related to the study, until a plan's capitated rate has been appropriately adjusted to include them.

Cont. on next page

Política Médica

Requisitos de Codificación

A continuación se discuten los requisitos de codificación para instituciones y médicos/suplidores sobre la cubierta de corazones artificiales en estudios clínicos:

1. Reclamaciones Institucionales

Vigente para altas a partir del 1 de mayo de 2008, las reclamaciones institucionales que incluyen el código de procedimiento ICD-9 37.52 sólo son pagaderas cuando se incluye el código de diagnóstico ICD-9 V70.7 (*examination of participant in clinical research*) y el código de condición 30 (*qualifying clinical trial*). Además, también se requiere el Código de Valor D4, con un número Nacional de Prueba Clínica de 8 dígitos que concuerde con un ensayo clínico aprobado en el sitio Web de CMS indicado anteriormente.

Si su FI o A/B MAC rechaza una reclamación que contenga el código de procedimiento ICD-9 37.52 porque no cumple con todos los criterios de facturación, utilizarán:

- El Código de Razón de Ajuste de Reclamación (CARC) 16 – Reclamación/servicio carece de información necesaria para la adjudicación, cuando el código de procedimiento ICD-9 37.52 está presente en una reclamación que no tiene todos los elementos requeridos; y
- Los siguientes Códigos de Comentario de Aviso de Remesa (RARC)s, cuando aplique:
 - MA97 – Número de Contrato o número de registro en estudio clínico del *Medicare Manager Care Demonstration* falta, está incompleto o es inválido, para un número de ensayo clínico que falta/está incompleto/inválido cuando se factura el código ICD-9 37.52.
 - M64 – Otro diagnóstico falta, está incompleto, es inválido, para un código de diagnóstico V70.7 que falta, cuando se factura el código de procedimiento ICD-9 37.52; o

Medical Policy

Coding Requirements

The following addresses the institutional and physician/supplier coding requirements for coverage of artificial hearts in clinical trials:

1. Institutional Claims

Effective for discharges on or after May 1, 2008, institutional claims for International Classification of Diseases, 9th edition (ICD-9) procedure code 37.52 are only payable when you include ICD-9 diagnosis code V70.7 (examination of participant in clinical research) and condition code 30 (qualifying clinical trial). In addition, Value Code D4, with an 8-digit National Clinical Trial Number that matches an approved clinical trial on the CMS website provided above, is also required.

If your FI or A/B MAC rejects your claim with ICD-9 procedure code 37.52, because it does not meet all of these necessary billing criteria, they will use:

- *Claim Adjustment Reason Code (CARC) 16 – Claim/service lacks information which is needed for adjudication, when ICD-9 procedure code 37.52 is present on a claim without all the required elements; and*
- *The following Remittance Advice Remark Codes (RARC)s, when applicable*
 - *MA97 – Missing/incomplete/invalid Medicare Managed Care Demonstration contract number or clinical trial registry number, for a missing/incomplete/invalid clinical trial number when ICD-9 procedure code 37.52 is billed;*
 - *M64 – Missing/incomplete/invalid other diagnosis, for a missing V70.7 diagnosis code when ICD-9 procedure code 37.52 is billed; or*

Cont. on next page

Política Médica

- M44 – Código de condición falta, está incompleto, es inválido, para un código de Condición 30 que falta cuando se factura el código de procedimiento ICD-9 37.52.

2. Reclamaciones de Médicos/Suplidores

Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de mayo de 2008, las reclamaciones de médicos/suplidores para el código CPT 0051T deben incluir el código de diagnóstico ICD-9 V70.7 y el Modificador HCPCS Q0 en la misma línea de reclamación que el Código CPT 0051T, y debe también incluir el número de 8 dígitos del ensayo clínico que concuerda con el número de estudio clínico aprobado en el sitio Web de CMS provisto antes.

Si su Contratista o A/B MAC devuelve su reclamación con el código CPT 0051T como no procesable, porque no cumple con todos los criterios de facturación necesarios, utilizarán:

- CARC 16 – Reclamación/servicio carece de información necesaria para la adjudicación, cuando el código CPT 0051T está presente en una reclamación sin el código de diagnóstico o el número de 8 dígitos del ensayo clínico.
- CARC 4 – El código de procedimiento no concuerda con el modificador utilizado o falta un modificador requerido, cuando no hay un modificador HCPCS Q0 adjunto al código CPT 0051T;
- RARC MA 130 – (Su reclamación contiene información incompleta y/o inválida, y no se conceden derechos de apelación ya que la reclamación no es procesable. Por favor, someta una nueva reclamación con la información completa/correcta) cuando no hay un modificador HCPCS Q0 adjunto al código CPT 0051T; y

Los siguientes RARCs, cuando sea aplicable:

- MA97 – Número de Contrato o número de registro en ensayo clínico del *Medicare Managed Care Demonstration* falta/está incompleto/es inválido, para un número

Medical Policy

- M44 – *Missing/incomplete/invalid condition code, for a missing Condition code 30 when ICD-9 procedure code 37.52 is billed.*

2. Physician/Supplier claims

Effective for dates of service on or after May 1, 2008, physician/supplier claims for Common Procedural Terminology (CPT) code 0051T must include ICD-9 diagnosis code V70.7 and Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) modifier Q0 on the same claim line as CPT Code 0051T, and must also include the 8-digit clinical trial number that matches an approved clinical trial on the CMS website provided above.

If your carrier or A/B MAC returns your claim with CPT code 0051T as unprocessable because it does not meet all of these necessary billing criteria, they will use:

- *CARC 16 – Claim/service lacks information which is needed for adjudication, when CPT code 0051T is present on a claim without the required diagnosis code or 8-digit clinical trial number;*
- *CARC 4 – The procedure code is inconsistent with the modifier used or a required modifier is missing, when there is no HCPCS modifier Q0 appended to CPT code 0051T;*
- *RARC MA 130 – (Your claim contains incomplete and/or invalid information, and no appeals rights are afforded because the claim is unprocessable. Please submit a new claim with the complete/correct information.) when there is no HCPCS modifier Q0 appended to CPT code 0051T; and*

The following RARCs when applicable:

- *MA97 – Missing/ incomplete/invalid Medicare Managed Care Demonstration contract number or clinical trial registry*

Cont. on next page

Política Médica

de estudio clínico que falta/está incompleto/es inválido cuando se factura el código CPT 0051T sin el número de estudio clínico de 8 dígitos; o

- M64 – Otro diagnóstico falta/está incompleto/es inválido, para un código de diagnóstico V70.7 que falta, cuando se factura un código CPT 0051T sin el código de diagnóstico V70.7.

3. Instrucciones Adicionales de Reclamaciones Hospitalarias y Ambulatorias relacionadas a Pacientes en Ensayos Clínicos

Reclamaciones Hospitalarias

Los proveedores institucionales que facturan servicios de ensayos clínicos deben reportar el código de diagnóstico V70.7 y un código de condición 30, sin importar si todos los servicios están o no relacionados con el estudio clínico.

Nota: Los códigos HCPCS no se reportan en reclamaciones de pacientes hospitalizados. Por tanto, los requisitos de modificador HCPCS (ejemplo, QV o Q1) según se delinearán en la sección de pruebas clínicas ambulatorias más adelante, no son aplicables a reclamaciones de pruebas clínicas de pacientes hospitalizados.

Reclamaciones Ambulatorias

- Proveedores institucionales que someten reclamaciones de ensayos clínicos que contienen solamente servicios de línea de artículos de ensayos clínicos no tienen que reportar los modificadores de rutina, QV o Q1. La presencia del código de condición 30, junto con la ausencia del modificador QV o Q1, es la certificación del proveedor de que todos los servicios de línea en la reclamación son servicios rutinarios de ensayos clínicos (con la excepción de cualquier artículo investigativo en la reclamación que podría identificarse con un modificador Q0 a partir del 1 de enero de 2008, o un modificador QA antes del 1 de enero de 2008).
- Proveedores institucionales que someten reclamaciones de ensayos clínicos que contienen tanto servicios de artículo de línea de ensayos clínicos así como de servicios que no forman parte de ensayos clínicos, deben incluir los siguientes elementos:

Medical Policy

number, for a missing/incomplete/invalid clinical trial number when CPT code 0051T is billed without the 8-digit clinical trial number; or

- *M64 – Missing/incomplete/invalid other diagnosis, for a missing V70.7 diagnosis code when CPT code 0051T is billed without the V70.7 diagnosis code.*

3. Additional Inpatient and Outpatient Claims Instructions Related to Clinical Trial Patients

Inpatient Claims

Institutional providers billing clinical trial service(s) must report a diagnosis code V70.7 and a condition code 30 regardless of whether all services are related to the clinical trial or not.

Note: HCPCS codes are not reported on inpatient claims. Therefore, the HCPCS modifier requirements (i.e., QV or Q1) as outlined in the outpatient clinical trial section immediately below, are not applicable to inpatient clinical trial claims.

Outpatient Claims

- *Institutional providers billing clinical trial claims that contain only clinical trial line item services do not have to report the routine modifiers, QV or Q1. The presence of condition code 30, along with the absence of the QV or Q1 modifier, is the provider's attestation that all line item services on the claim are routine clinical trial services (with the exception of any investigational item on the claim that would be identified with a Q0 modifier on or after January 1, 2008, or a QA modifier before January 1, 2008)*
- *Institutional providers billing clinical trial claims that contain both clinical trial line item services and non-clinical trial line item services, must bill the following elements:*

Cont. on next page

Política Médica

Reclamaciones con fecha de servicio previo al 1 de enero de 2008:

- Código HCPCS con modificador QV solamente en encasillados relacionados al ensayo clínico.
- Código de Diagnóstico V70.7 (Examen de un participante en ensayo clínico) reportado como el diagnóstico secundario.
- Código de Condición 30

Reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2008:

- Modificador HCPCS Q1 solamente en líneas de artículos relacionados al ensayo clínico.
- Código de Diagnóstico V70.7 (Examen de un participante en ensayo clínico) reportado como el diagnóstico secundario
- Código de Condición 30

Mensaje al Investigador Principal (PI, por sus siglas en inglés)

Finalmente, si usted es el Investigador Principal (PI, por sus siglas en inglés) de un ensayo clínico de corazón artificial buscando obtener pago de Medicare, debe someter la siguiente documentación a CMS (quien le notificará cuando la evaluación esté completa):

- El estudio de protocolo completo (debe estar fechado o identificado con un número de versión);
- El resumen del protocolo;
- Una declaración de que la versión del protocolo sometida tiene la aprobación de la FDA;
- Una declaración indicando que ha cumplido con los estándares del estudio antes mencionados;
- Una declaración de que el estudio contesta, al menos, una de las preguntas relacionadas con el tema de corazones artificiales mencionadas antes;
- Información Completa del Contacto (numero de teléfono, correo electrónico y dirección postal); y

Medical Policy

Claims with dates of service before January 1, 2008:

- *HCPCS modifier 'QV' only on line items related to the clinical trial*
- *Diagnosis code V70.7 (Examination of participant in clinical trial) reported as the secondary diagnosis*
- *Condition Code 30*

Claims with dates of service on or after January 1, 2008:

- *HCPCS modifier 'Q1' only on line items related to the clinical trial*
- *Diagnosis code V70.7 (Examination of participant in clinical trial) reported as the secondary diagnosis*
- *Condition Code 30*

Message to Principal Investigator (PI)

Finally, if you are the PI of an artificial heart clinical study seeking Medicare payment, you should submit the following documentation to CMS (who will notify you when the review is complete):

- *The complete study protocol (must be dated or identified with a version number);*
- *The protocol summary;*
- *A statement that the submitted protocol version has been agreed upon by the FDA;*
- *A statement that the above study standards are met;*
- *A statement that the study addresses at least one of the above questions related to artificial hearts;*
- *Complete contact information (phone number, email address, and mailing address); and,*

Cont. on next page

Política Médica

- El número de registro que aparece en el sitio Web **www.clinicaltrials.gov**.

El PI debe enviar esta información a:

Medical Policy

- *The Clinicaltrials.gov web site registration number.*

The PI should send this information to:

Director, Coverage and Analysis Group

Centers for Medicare & Medicaid Services

Re: Artificial Heart

Mailstop C1-09-06

7500 Security Boulevard

Baltimore, MD 21244-1850

Información Adicional

El CR6185 se emitió en dos “transmittals” separadas. Uno comunica cambios al *Medicare NCD Manual* (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R95NCD.pdf>), y el otro trata de los cambios al *Medicare Claims Processing Manual* (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1592CP.pdf>). Las porciones revisadas de cada manual se incluyen como anejo al “transmittal” aplicable.

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

MLN6185/Trans R95NCD, and R1592CP/CR6185/11-10-08/mlv-rrc

Additional Information

CR6185 was issued in two separate transmittals, one for conveying changes to the Medicare NCD Manual and one for changes to the Medicare Claims Processing Manual. These transmittals are available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R95NCD.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1592CP.pdf>, respectively, on the CMS Web site. The revised portions of each manual are attached to the respective transmittals.

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

ACLARACIÓN SOBRE PAGOS DE MEDICARE PARA COSTOS RUTINARIOS EN ENSAYOS CLÍNICOS

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones a los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de la Parte A/B [A/B MACs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés], Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], e Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés] por servicios suministrados a beneficiarios de Medicare participantes de ensayos clínicos.

CLARIFICATION OF MEDICARE PAYMENT FOR ROUTINE COSTS IN A CLINICAL TRIAL

Provider Types Affected

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

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo de Edición Especial aclara el pago de Medicare por costos rutinarios asociados con ensayos clínicos. Asegúrese que su personal de facturación se encuentra al tanto de esta información.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), les recuerdan a los proveedores que las políticas para el pago para costos rutinarios de ensayos clínicos se resumen en el capítulo 16, sección 40 del *Medicare Benefit Policy Manual*. La política en el manual establece:

“40 No Hay Obligación Legal de Pagar o Proveer Servicios”

El programa no puede hacer pagos por artículos o servicios que ni el beneficiario ni ninguna otra persona u organización tiene la obligación legal de pagar o proveer. Esta exclusión aplica donde los artículos y los servicios se proveen gratuitamente sin contemplar la capacidad del beneficiario para pagar, y sin tener expectativa de pago de ninguna fuente, tal como radiografías o vacunas gratuitas suministradas por organizaciones de salud. Sin embargo, el reembolso de Medicare no está excluido meramente porque un proveedor, médico, o suplidor exime al paciente del cargo, en el caso de un paciente en particular o de un grupo o clase de paciente, ya que la exención de cargos para algunos pacientes no impide el derecho de cobrarle a otros, incluyendo a los pacientes de Medicare. El factor determinante al aplicar esta exclusión es la razón por la cual no se le cobra al individuo en particular.

Puntos Clave del SE0822

Existen tres preocupaciones que se discuten en este artículo sobre “Pagos para Costos de Rutina en Ensayos Clínicos”, y se explican en las siguientes preguntas y respuestas:

- 1. Pregunta:** ¿Si un auspiciador de una investigación dice por escrito que ellos pagarán por los costos de rutina, cuando no hay reembolso de parte de una compañía de seguros (incluyendo a Medicare), cae entonces dentro de la categoría de “libre de costo”?

Medical Policy

Provider Action Needed

This Special Edition article provides clarification regarding Medicare payment of routine costs associated with clinical trials. Be sure your billing staff is aware of this information.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) reminds providers that the policies for payment of the routine costs of the clinical trial are outlined in chapter 16, section 40 of the Medicare Benefit Policy Manual. The policy in the manual states:

“40 No Legal Obligation to Pay for or Provide Services”

Program payment may not be made for items or services which neither the beneficiary nor any other person or organization has a legal obligation to pay for or provide. This exclusion applies where items and services are furnished gratuitously without regard to the beneficiary's ability to pay and without expectation of payment from any source, such as free x-rays or immunizations provided by health organizations. However, Medicare reimbursement is not precluded merely because a provider, physician, or supplier waives the charge in the case of a particular patient or group or class of patients, as the waiver of charges for some patients does not impair the right to charge others, including Medicare patients. The determinative factor in applying this exclusion is the reason the particular individual is not charged.”

Key Points of SE0822

There are three concerns addressed in this article regarding “Payment for Routine Costs in a Clinical Trial” and they are addressed in the following questions and answers:

- 1. Question:** *If a research sponsor says in writing that they will pay for routine costs if there is no reimbursement from any insurance company (including Medicare), does that fall into the “free of charge” category?*

Cont. on next page

Política Médica

Respuesta: Si los costos de rutina de los ensayos clínicos son suministrados gratuitamente (por ejemplo: sin tomar en cuenta la capacidad del beneficiario de pagar y sin expectativa de pago de ninguna otra fuente), entonces el pago de Medicare no puede realizarse y no se le puede cobrar al beneficiario. Si los aseguradores privados deniegan los costos de rutina y el proveedor de servicios no exige el pago de los pacientes que no son de Medicare después de haber sido denegados (aún cuando el paciente que no es de Medicare tenga la capacidad de pagar), el pago de Medicare no puede hacerse y no se le puede cobrar al beneficiario por los costos de rutina.

2. **Pregunta:** ¿Si el auspiciador de la investigación paga por los costos de rutina que fueron suministrados a un paciente indigente que no es de Medicare (el proveedor ha determinado que el paciente es indigente debido a una situación válida de necesidad financiera) puede hacerse un pago de Medicare para los beneficiarios de Medicare?

Respuesta: Si los costos de rutina de los ensayos clínicos no se facturan a los pacientes indigentes que no son de Medicare debido a su inhabilidad de poder pagar (pero se le facturan a todos los demás pacientes en los ensayos clínicos que tienen los medios financieros para pagar aún cuando su aseguradora privada deniega el pago por los costos de rutina), entonces existe una obligación legal de pagar. Por lo tanto, el pago de Medicare se puede hacer y el beneficiario (que no es indigente) será responsable por el deducible aplicable de Medicare y por las cantidades de co-aseguro. Tal como se notifica en http://www.cms.hhs.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/FAQ_Uninsured.pdf, “no hay nada en las reglamentaciones de CMS ni en las instrucciones del Programa que indique que se le prohíbe a un hospital de renunciar al cobro de los cargos a cualquier paciente, ya sean de Medicare o no, incluyendo aquellos de bajos ingresos, que no tienen seguro médico, o que sean médico indigentes, si se hace como parte de la política de indigencia del hospital.

Medical Policy

Answer: *If the routine costs of the clinical trial are furnished gratuitously (i.e., without regard to the beneficiary's ability to pay and without expectation of payment from any other source), then Medicare payment cannot be made and the beneficiary cannot be charged. If private insurers deny the routine costs and the provider of services does not pursue the non-Medicare patients for payment after the denials (even though the non-Medicare patient has the ability to pay), Medicare payment cannot be made and the beneficiary cannot be charged for the routine costs.*

2. **Question:** *If the research sponsor pays for the routine costs provided to an indigent non-Medicare patient (the provider has determined that the patient is indigent due to a valid financial hardship) may Medicare payment be made for Medicare beneficiaries?*

Answer: *If the routine costs of the clinical trial are not billed to indigent non-Medicare patients because of their inability to pay (but are being billed to all the other patients in the clinical trial who have the financial means to pay even when his/her private insurer denies payment for the routine costs), then a legal obligation to pay exists. Therefore, Medicare payment may be made and the beneficiary (who is not indigent) will be responsible for the applicable Medicare deductible and coinsurance amounts. As noted at http://www.cms.hhs.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/FAQ_Uninsured.pdf, “nothing in the Centers for Medicare & Medicaid Services’ (CMS’) regulations or Program Instructions prohibit a hospital from waiving collection of charges to any patients, Medicare or non-Medicare, including low-income, uninsured or medically indigent individuals, if it is done as part of the hospital’s indigency policy.*

Cont. on next page

Política Médica

Por “política de indigencia” nos referimos a la política desarrollada e utilizada por un hospital para determinar la capacidad financiera del paciente para pagar por estos servicios. Por “médicamente indigente” nos referimos a los pacientes cuyas cubiertas de seguro médico, si existe alguna, no proveen cubierta completa para todos sus gastos médicos, y que sus gastos médicos, en relación a sus ingresos, los convierta en indigentes si fueran obligados a pagar en su totalidad por los cargos de sus gastos médicos. Además de la política de CMS, la oficina del Inspector General (OIG por sus siglas en inglés) advierte que nada en las reglamentación o regulaciones de OIG bajo los estatutos federales **anti-kickback** prohíbe a los hospitales de renunciar al cobro de los cargos a pacientes no asegurados de recursos limitados, siempre que la exención de pago no esté vinculada de manera alguna a la generación de negocios pagaderos por un programa de salud federal – una circunstancia bien improbable.

Por lo tanto, el proveedor de servicios debe facturar al beneficiario por los co-pagos y el deducible, pero puede renunciar a ese pago para los beneficiarios que presentan una necesidad financiera válida.

3. **Pregunta:** ¿Puede un auspiciador de la investigación pagar los co-pagos de Medicare para beneficiarios en un ensayo clínico?

Respuesta: Si un auspiciador de la investigación ofrece pagar por las cantidades compartidas de costo que el beneficiario debe, esto puede ser un problema de fraude y abuso. Además de la política de CMS, la Oficina del Inspector General (OIG por sus siglas en inglés) indica que no existe nada en las reglamentaciones o regulaciones de OIG bajo los estatutos federales **anti-kickback** que prohíba a los hospitales renunciar al cobro de cargos a los pacientes no asegurados de recursos limitados, siempre que la exención del pago no esté vinculada de manera alguna a la generación de negocios pagaderos por un programa de cuidado de salud federal.

Medical Policy

By “indigency policy” we mean a policy developed and utilized by a hospital to determine patients’ financial ability to pay for services. By “medically indigent,” we mean patients whose health insurance coverage, if any, does not provide full coverage for all of their medical expenses and that their medical expenses, in relationship to their income, would make them indigent if they were forced to pay full charges for their medical expenses. In addition to CMS’ policy, the Office of Inspector General (OIG) advises that nothing in OIG rules or regulations under the Federal anti-kickback statute prohibits hospitals from waiving collection of charges to uninsured patients of limited means, so long as the waiver is not linked in any manner to the generation of business payable by a Federal health care program – a highly unlikely circumstance.

Thus, the provider of services should bill the beneficiary for co-payments and deductible, but may waive that payment for beneficiaries who have a valid financial hardship.

3. **Question:** *May a research sponsor pay Medicare copays for beneficiaries in a clinical trial.*

Answer: *If a research sponsor offers to pay cost-sharing amounts owed by the beneficiary, this could be a fraud and abuse problem. In addition to CMS’ policy, the Office of Inspector General (OIG) advises that nothing in OIG rules or regulations under the Federal anti-kickback statute prohibits hospitals from waiving collection of charges to uninsured patients of limited means, so long as the waiver is not linked in any manner to the generation of business payable by a Federal health care program.*

Cont. on next page

Política Médica

Las citas incluyen el 42 U.S.C. 1320a-7(a)(i)(6); "OIG Special Advisory Bulletin on Offering Gifts to Beneficiaries" (<http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/SABGiftsandInducements.pdf>) y el "OIG Special Fraud Alert on Routine Waivers of Copayments and Deductibles" (<http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/121994.html>).

Información Adicional

La Sección 40 del Capítulo 16 del *Medicare Benefit Policy Manual* se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c16.pdf>.

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

Medical Policy

The citations include 42 U.S.C. 1320a-7(a)(i)(6); *OIG Special Advisory Bulletin on Offering Gifts to Beneficiaries* (<http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/SABGiftsandInducements.pdf>) and *OIG Special Fraud Alert on Routine Waivers of Copayments and Deductibles* (<http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/121994.html>).

Additional Information

Chapter 16, Section 40 of the *Medicare Benefit Policy Manual* is available at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c16.pdf> on the CMS website.

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

Pub. SE0822 / mlv rrc

IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) CON FLUORODEOXYGLUCOSA (FDG) PARA INFECCIÓN E INFLACIÓN

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], y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B [A/B MACs], por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Impacto en Proveedores

Este artículo se basa en el CR6099, y establece que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) mantendrán su política nacional de no cubierta para indicaciones no rotuladas de flurodeoxyglucosa (FDG por sus siglas en inglés) en imágenes de tomografía de emisión de positrón para casos de osteomielitis crónica, infección de artoplastía de la cadera, y fiebre de origen desconocido.

Trasfondo

Se le solicitó a CMS que reconsidere la política actual de no cubierta para imágenes FDG PET en el *Medicare National Coverage Determinations*

FLUORODEOXYGLUCOSE (FDG) POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY (PET) IMAGING FOR INFECTION AND INFLAMMATION

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.

Impact on Providers

This article is based on Change Request (CR) 6099 instructing that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is continuing its national non-coverage policy for the off-label indications of fluorodeoxyglucose (FDG) Positron emission tomography (PET) imaging for chronic osteomyelitis, infection of hip arthroplasty, and fever of unknown origin.

Background

CMS was asked to reconsider the current, de facto non-coverage for FDG PET imaging in the *Medicare National Coverage Determinations*

Cont. on next page

Política Médica

Manual (NCD), Sección 220.6, para los siguientes usos no rotulados (en lugar de hueso, leucocito, y/o “gallium scintigraphy”):

1. Pacientes que se sospecha tengan osteomielitis crónica, con:
 - Osteomielitis previamente documentada y sospechas de recurrencia, o
 - Síntomas de osteomielitis por más de 6 semanas (incluyendo úlceras del pie por diabetes);
2. Investigación de pacientes que se sospecha tengan infección de la prótesis de cadera; y
3. Fiebre de origen desconocido en pacientes con:
 - una enfermedad febril mayor de 3 semanas de duración,
 - temperatura de mayor de 38.3 grados Centígrado en al menos 2 ocasiones, y
 - diagnóstico incierto luego de un historial y examen físico exhaustivos, y una semana de investigación adecuada.

Basado en su evaluación, CMS determinó que la evidencia es inadecuada para concluir que el uso de FDG PET para pacientes con osteomielitis crónica, infección de artoplastía de cadera, y fiebre de origen desconocido, mejore los resultados de salud en la población de pacientes de Medicare, y por tanto, no lo considera **razonable y necesario** bajo la Ley de Seguro Social (Sección 1862(a)(1)(A), disponible en el siguiente enlace en el Internet: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1862.htm).

Además, CMS determinó que esta petición de cubierta no es apropiada para el paradigma de Cubierta con Evidencia de Desarrollo (CED por sus siglas en inglés).

Información Adicional

La instrucción oficial (CR6099) enviada a su Contratista, FI y A/B MAC sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R84NCD.pdf>.

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

Medical Policy

(NCD) Manual (Section 220.6), for the following off-label uses (instead of bone, leukocyte, and/or gallium scintigraphy):

1. *Suspected chronic osteomyelitis in patients with:*
 - *previously documented osteomyelitis with suspected recurrence, or*
 - *symptoms of osteomyelitis for more than 6 weeks (including diabetic foot ulcers);*
2. *Investigation of patients with suspected infection of hip prosthesis; and*
3. *Fever of unknown origin in patients with:*
 - *a febrile illness of >3 weeks duration,*
 - *a temperature of >38.3 degrees Centigrade on at least two occasions, and*
 - *uncertain diagnosis after a thorough history, physical examination, and 1 week of proper investigation.*

Based upon its review, CMS determined that the evidence is inadequate to conclude that FDG PET for chronic osteomyelitis, infection of hip arthroplasty, and fever of unknown origin improves health outcomes in the Medicare populations, and therefore is not reasonable and necessary under the Social Security Act (section 1862(a)(1)(A) (See that provision at http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1862.htm on the internet.)

Additionally, CMS determined that this request for coverage is not appropriate for the Coverage with Evidence Development (CED) paradigm.

Additional Information

The official instruction, CR 6099, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R84NCD.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6099/ Trans R84NCD / CR6099 / 06-27-08/ mlv rrc

Política Médica

MONITORIZACIÓN DEL TIEMPO DE PROTROMBINA (PT/INR) PARA EL MANEJO DE ANTI COAGULANTE EN EL HOGAR

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] o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por concepto de servicios de monitorización del tiempo de protombina y de Proporción Normalizada Internacional (PT/INR) para el manejo de anti-coagulantes suministrados a beneficiarios de Medicare en el hogar.

Impacto en el Proveedor

Este artículo se basa en el CR6138 y alerta a los proveedores que, vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 19 de marzo de 2008, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) revisaron los límites de la Determinación Nacional de Cubierta (NCD por sus siglas en inglés) y expandirá la población elegible para la cubierta en el hogar de la monitorización PT/INR para el manejo crónico mediante anti-coagulantes orales en pacientes con válvulas cardíacas mecánicas, fibrilación atrial crónica, tromboembolismo venoso (incluyendo trombosis de venosa profunda y embolismo pulmonar) en warfarina. Refiérase a la sección **Puntos Clave** de este artículo para más detalles.

Trasfondo

La prueba de tiempo de protombina (PT, por sus siglas en inglés) es un análisis in-vitro de coagulación. Las pruebas de PT y de Proporción Normalizada Internacional (INR, por sus siglas en inglés) son los indicadores estándar para medir la eficacia terapéutica de la terapia de warfarina. Warfarin, Coumadin®, y otros, son medicamentos anti-coagulantes orales, (o “blood thinners”), auto administrados, y que afectan los factores de coagulación dependientes de la Vitamina K.

Medical Policy

PROTHROMBIN TIME (PT/INR) MONITORING FOR HOME ANTICOAGULATION MANAGEMENT

Provider Types Affected

Physicians, providers and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs) or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for home PT and International Normalized Ratio (INR) anticoagulation management monitoring services provided to Medicare beneficiaries.

Impact on Providers

This article is based on Change Request (CR) 6138, and alerts providers that effective for claims with dates of service on and after March 19, 2008 the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) revised its National Coverage Determination (NCD) limits and will expand the population eligible for home coverage of PT/INR monitoring for chronic, oral anticoagulation management for patients with mechanical heart valves, chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism (inclusive of deep venous thrombosis and pulmonary embolism) on warfarin. See the Key Points section of this article for details.

Background

The prothrombin time (PT) test is an in-vitro test to assess coagulation. PT testing and its normalized correlate, the International Normalized Ratio (INR), are the standard measurements for therapeutic effectiveness of warfarin therapy. Warfarin, Coumadin®, and others, are self-administered, oral anticoagulant, or blood thinner, medications that affect a person's Vitamin K-dependent clotting factors.

Cont. on next page

Política Médica

Actualmente, la Determinación de Cubierta Nacional (NCD) de Medicare en el 190.11 del Manual NCD limita la cubierta en el hogar de la monitorización PT/INR al manejo mediante anti coagulantes en pacientes con válvulas cardíacas mecánicas que están en tratamiento con warfarina. El monitor y las pruebas en el hogar deben ser ordenadas por el médico que trata al paciente, según lo establece el 42 CFR 410.32(a) (http://www.cms.hhs.gov/ClinicalLabFeeSched/downloads/410_32.pdf) y deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. El paciente debe haber estado en anti-coagulado por al menos tres meses previo al uso del aparato INR para el hogar;
2. El paciente debe someterse a un programa educativo sobre el manejo de anti-coagulantes y el uso del aparato antes de comenzar su uso en el hogar; y
3. No debe hacer pruebas con el aparato más de una vez por semana.

CMS recibió una petición formal, completa y por escrito para reconsiderar la expansión de la población elegible para la cubierta en el hogar de la monitorización PT/INR para pacientes bajo tratamiento con warfarina. El CR6138 es el resultado de dicha petición.

Puntos Clave del CR6138

Vigente para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 19 de marzo de 2008, CMS revisó el NCD para proveer cubierta para la monitorización PT/INR para el manejo crónico mediante anti-coagulantes orales en pacientes con válvulas cardíacas mecánicas, fibrilación atrial crónica, tromboembolismo venoso (incluyendo trombosis de venosa profunda y embolismo pulmonar) bajo tratamiento con warfarina.

El monitoreo y las pruebas en el hogar deben ser ordenadas por el médico que trata al paciente, según el 42 CFR 410.32(a), y deben cumplir con todos los siguientes requisitos:

1. El paciente debe haber estado en anti-coagulado por al menos por tres meses previo al uso del aparato INR en el hogar;

Medical Policy

Currently, Medicare's national coverage determination (NCD) at 190.11 of the NCD Manual limits coverage of home PT/INR monitoring to anticoagulation management for patients with mechanical heart valves who are on warfarin. The monitor and the home testing must be prescribed by a treating physician as provided at 42 CFR 410.32(a) (See http://www.cms.hhs.gov/ClinicalLabFeeSched/downloads/410_32.pdf on the CMS website.) and the following requirements must be met:

1. *The patient must have been anticoagulated for at least 3 months prior to use of the home INR device;*
2. *The patient must undergo an educational program on anticoagulation management and the use of the device prior to its use in the home; and*
3. *Self-testing with the device should not occur more frequently than once a week.*

CMS received a formal, complete, written request for reconsideration to expand the population eligible for coverage of home PT/INR monitoring to patients on warfarin. CR6138 is a result of that request.

Key Points of CR6138

Effective for claims with dates of service on and after March 19, 2008, CMS revised its NCD to provide for home coverage of PT/INR monitoring for chronic, oral anticoagulation management for patients with mechanical heart valves, chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism (inclusive of deep venous thrombosis and pulmonary embolism) on warfarin.

The monitor and the home testing must be prescribed by a treating physician as provided at 42 CFR 410.32(a) and all of the following requirements must be met:

1. *The patient must have been anticoagulated for at least 3 months prior to use of the home INR device; and,*

Cont. on next page

Política Médica

2. El paciente debe someterse a un programa educativo personalizado sobre el manejo de anti-coagulantes y debe demostrar que domina el uso correcto del aparato antes de comenzar su uso en el hogar; y
3. El paciente continúa haciendo uso correcto del aparato en el contexto del manejo de la terapia de anti-coagulación, luego de comenzar el monitoreo en el hogar; y
4. No debe hacer pruebas con el aparato más de una vez por semana.

NOTA: Los códigos HCPCS aplicables (G0248, G0249 y G0250) se seguirán usando para propósitos del procesamiento de reclamaciones de PT/INR. Con las actualizaciones de julio de 2008 al OCE (*Outpatient Code Editor*) y al *Medicare Physician Fee Schedule*, los descriptores de esos códigos cambiarán para reflejar la política de cubierta revisada.

Los siguientes descriptores revisados reflejan los criterios NCD expandidos y entran en vigor para servicios prestados a partir del 19 de marzo de 2008, según se indica a continuación:

- Descriptor Extenso del Código G0248: Demostración, previo a uso inicial, de monitorización INR en el hogar para pacientes con válvula(s) cardíaca mecánica, fibrilación atrial crónica, o tromboembolismo venoso, que cumplen con los criterios de cubierta de Medicare, bajo la dirección de un médico; incluye: demostración en persona del uso y cuidado del monitor INR, extrayendo al menos una muestra de sangre, con instrucciones para reportar los resultados de las pruebas INR en el hogar, y documentación de la capacidad del paciente para realizar las pruebas previo a comenzar el uso.
- Descriptor Breve del Código G0248: Demostrar uso en el hogar de Monitor INR
- Descriptor Extenso del Código G0249: Suministrar materiales de prueba y equipo para monitorización en el hogar de paciente con válvula(s) cardíaca mecánica, fibrilación atrial crónica, o tromboembolismo venoso, que cumple con los criterios de cubierta de

Medical Policy

2. *The patient must undergo a face-to-face educational program on anticoagulation management and must have demonstrated the correct use of the device prior to its use in the home; and,*
3. *The patient continues to correctly use the device in the context of the management of the anticoagulation therapy following the initiation of home monitoring; and,*
4. *Self-testing with the device should not occur more frequently than once a week.*

NOTE: *Applicable HCPCS Codes G0248, G0249, and G0250 will continue to be used for claims processing purposes for PT/INR. With the July 2008 Outpatient Code Editor (OCE) and Medicare Physician Fee Schedule updates, the descriptors of these codes will change to reflect the revised coverage policy.*

The following revised descriptors reflect the expanded NCD criteria and are effective for services on or after March 19, 2008 as follows:

- *Long Descriptor G0248: Demonstration, prior to initial use, of home INR monitoring for patient with either mechanical heart valve(s), chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism who meets Medicare coverage criteria, under the direction of a physician; includes: face-to-face demonstration of use and care of the INR monitor, obtaining at least one blood sample, provision of instructions for reporting home INR test results, and documentation of patient ability to perform testing prior to its use.*
- *Short Descriptor G0248: Demonstrate use home INR mon*
- *Long Descriptor G0249: Provision of test materials and equipment for home INR monitoring of patient with either mechanical heart valve(s), chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism who meets Medicare coverage criteria;*

Cont. on next page

Política Médica

Medicare; incluye el suministro de materiales para uso en el hogar y el reporte de resultados de las pruebas al médico; no ocurre más de una vez por semana.

- Descriptor Breve del Código G0249: Suministrar mat/equip de prueba INR
- Descriptor Extenso del Código G0250: Evaluación médica, interpretación, y manejo de pruebas INR en el hogar de un paciente con válvula(s) cardíaca mecánica, fibrilación atrial crónica, o tromboembolismo venoso, que cumplen con los criterios de cubierta de Medicare; incluye el contacto directo para verificación por parte del médico de que el paciente hace uso del aparato en el contexto del manejo de la terapia de anti-coagulación, luego de iniciar la monitorización INR en el hogar; no debe ocurrir más de una vez por semana.
- Descriptor Breve del Código G0250: Prueba INR, eval, interp, manejo médico

NOTA: Materiales de prueba continúan incluyendo pruebas. La frecuencia de los requisitos de reporte permanecerá igual.

NOTA: Válvulas porcinas no están incluidas en este NCD, así es que Medicare no hará pagos para Monitorización INR en el Hogar para pacientes con válvulas porcinas a menos que estén cubiertas por el Contratista Local de Medicare.

NOTA: Este NCD es diferente al NCD de PT de Laboratorio Clínico en la Sección 190.17 del Manual NCD. Tampoco le hace cambios.

Los siguientes son los códigos de diagnóstico aplicables a utilizarse al someter reclamaciones a los Contratistas de Medicare:

- Para servicios prestados a partir del 19 de marzo de 2008, los códigos de diagnóstico ICD-9-CM aplicables para este beneficio son:
 - V43.3 (organ or tissue replaced by other means; heart valve);
 - 289.81 (primary hypercoagulable state);
 - 451.0-451.9 (phlebitis & thrombophlebitis);
 - 453.0-453.3 (other venous embolism & thrombosis);

Medical Policy

includes provision of materials for use in the home and reporting of test results to physician; not occurring more frequently than once a week

- *Short Descriptor G0249: Provide INR test mater/equipm*
- *Long Descriptor G0250: Physician review, interpretation, and patient management of home INR testing for a patient with either mechanical heart valve(s), chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism who meets Medicare coverage criteria; includes face-to-face verification by the physician that the patient uses the device in the context of the management of the anticoagulation therapy following initiation of the home INR monitoring; not occurring more frequently than once a week.*
- *Short Descriptor G0250: MD INR test review mgmt*

NOTE: *Test materials continue to include 4 tests. Frequency of reporting requirements shall remain the same.*

NOTE: *Porcine valves are not included in this NCD, so Medicare will not make payment on Home INR Monitoring for patients with porcine valves unless covered by local Medicare contractors.*

NOTE: *This NCD is distinct from, and makes no changes to, the PT clinical laboratory NCD at section 190.17, of the NCD Manual.*

The following are applicable diagnosis codes to be used when submitting claims to Medicare contractors:

- *For services furnished on or after March 19, 2008, the applicable ICD-9-CM diagnosis codes for this benefit are:*
 - *V43.3 (organ or tissue replaced by other means; heart valve);*
 - *289.81 (primary hypercoagulable state);*
 - *451.0-451.9 (phlebitis & thrombophlebitis);*
 - *453.0-453.3 (other venous embolism & thrombosis);*

Cont. on next page

Política Médica

- 415.11-415.19 (pulmonary embolism & infarction); or
- 427.31 (atrial fibrillation (established) (paroxysmal))

Los Contratistas de Medicare denegarán reclamaciones de servicios de monitorización PR/INR que no se presten de acuerdo con lo establecido en el CR6138. Las reclamaciones denegadas están sujetas a apelación. Al denegar tales reclamaciones, su Contratista de la Parte B, FI o A/B MAC de Medicare utilizará los siguientes códigos:

- Código de Comentario de Aviso de Remesa N386, “Esta decisión se basa en una Determinación Nacional de Cubierta (NCD). Un NCD provee una determinación de cubierta para un artículo o servicio específico. Copia de esta política está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>. Si usted no tiene acceso al Internet, puede comunicarse con el Contratista para solicitar una copia impresa del NCD.”
- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 50, se utilizará: “Estos servicios no tienen cubierta debido a que el pagador no lo considera ‘médicamente necesario’.”

Los proveedores deben estar al tanto de que su Contratista Medicare le asignará responsabilidad por los cargos denegados, a menos que exista evidencia de un ABN (*Advance Beneficiary Notice*) en la reclamación. Su contratista no buscará en sus archivos, pero hará ajustes en aquellas reclamaciones denegadas indebidamente para fechas de servicio entre el 19 de marzo de 2008 y la fecha de implementación del CR6138 que usted traiga a su atención.

Información Adicional

El CR6138 se publicó en dos “transmittals”, uno para el Manual NCD (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R90NCD.pdf>) y otro para el *Medicare Claims Processing Manual* (<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1562CP.pdf>).

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

Medical Policy

- 415.11-415.19 (pulmonary embolism & infarction); or
- 427.31 (atrial fibrillation (established) (paroxysmal))

Medicare contractors will deny claims for PT/INR monitoring services that are not delivered in accordance with CR6138. Denied claims are subject to appeal. When denying such claims, your Medicare carrier, FI or A/B MAC will use the following codes:

- *Remittance Advice Remark Code N386, “This decision was based on a National Coverage Determination (NCD). An NCD provides a coverage determination as to whether a particular item or service is covered. A copy of this policy is available at <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp> on the CMS website. If you do not have Web access, you may contact the contractor to request a copy of the NCD.”*
- *Claim Adjustment Reason Code 50 will be used: “These are non-covered services because this is not deemed a ‘medical necessity’ by the payer.”*

Providers should be aware that your Medicare Contractor will assign liability for the denied charges to you unless documentation of an Advance Beneficiary Notice (ABN) is present on the claim. Also, your contractor will not search for claims but will adjust inappropriately denied claims with dates of service March 19, 2008, through the implementation date of CR6138, that are brought to their attention.

Additional Information

CR6138 was issued in two transmittals, i.e., one for the NCD Manual and one for the Medicare Claims Processing Manual. These transmittals are available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R90NCD.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1562CP.pdf>, respectively, on the CMS website.

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

MLN6138/Trans R1562CP and R90NCD /CR6138/11-12-08/mlv-rrc

Política Médica

RECORDATORIO DE 2008 SOBRE REGISTRO DE FACTURACIÓN (“ROSTER BILLING”) Y FACTURACIÓN CENTRALIZADA DE VACUNA DE INFLUENZA Y NEUMOCOCO

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 concepto de vacunas contra la influenza y el neumococo administradas a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6121 y sirve como recordatorio a los médicos de la comunidad de Medicare respecto a los requisitos para suscribirse correctamente a fin de llevar a cabo el Facturación de Inmunización en Masa y la Facturación Centralizada de Medicare para las vacunas de influenza y neumococo. Recuerden que la participación de los facturadores centralizados está limitada a un año y dichos facturadores deben volver a solicitar cada año que deseen operar como facturador centralizado. No se requiere el proceso de solicitud anual para los Facturadores de Vacunación en Masa.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están emitiendo una Petición de Cambio (CR6121) como recordatorio para la Facturación de Inmunización en Masa y la Facturación Centralizada de Medicare para las vacunas de influenza y neumococo.

Los inmunizadores en masa son proveedores y suplidores que se suscriben en el programa de Medicare para administrar las vacunaciones de influenza a un gran número de individuos, y éstos

Medical Policy

2008 REMINDER FOR ROSTER BILLING AND CENTRALIZED BILLING FOR INFLUENZA AND PNEUMOCOCCAL VACCINATIONS

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 influenza and pneumococcal vaccinations provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 6121 which reminds the Medicare physician community of the requirements to correctly enroll in order to conduct Mass Immunization Roster Billing and Centralized Billing of Medicare for influenza and pneumococcal immunizations. Remember that centralized billers participation is limited to one year and such billers must reapply each year they wish to be a centralized biller. The yearly reapplication process is not required for Mass Immunizer Roster Billers.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is issuing Change Request (CR) 6121 as a reminder for Mass Immunization Roster Billing and Centralized Billing for Influenza and Pneumococcal vaccinations.

Mass immunizers are providers and suppliers who enroll in the Medicare program to offer the influenza vaccinations to a large number of individuals, and they must be properly licensed in the States in which they

Cont. on next page

Política Médica

deben estar apropiadamente licenciados en los estados donde esperan operar las clínicas de vacunación contra la influenza. La suscripción para los inmunizadores en masa es continua y debe completarse a través del A/B MAC o el contratista de la Parte B local. Los inmunizadores en masa someten sus reclamaciones al contratista local de Medicare.

Los facturadores centralizados son inmunizadores en masa que han sometido una solicitud para operar como facturadores centralizados cuando ellos operan en por lo menos tres localidades de pago para las cuales hay tres diferentes contratistas de Medicare procesando reclamaciones. Los individuos y las entidades deben estar debidamente licenciados en los estados donde esperan operar las clínicas de vacunación contra la influenza y/o neumococo.

Los proveedores que sólo ofrecen servicios de influenza:

- Pueden suscribirse como uno de dos tipos de proveedores, incluyendo el de facturador de inmunización en masa (Tipo de Proveedor Especialidad 73), o como un Facturador Centralizado, y
- Deben cumplir con las guías, ya sea para operar como inmunizador en masa o como facturador centralizado.

Los suplidores deben suscribirse como un facturador de inmunización en masa (Tipo de Proveedor Especialidad 73) con un Contratista de la Parte B o A/B MAC para brindar servicios de vacunación contra la influenza a beneficiarios de Medicare.

Los facturadores de inmunización en masa y los facturadores centralizados deben suscribirse en el programa de Medicare, aún cuando las inmunizaciones en masa contra la influenza y/o el neumococo sean el único servicio que se provea.

Ellos deben:

- Aceptar la asignación de ambos, la vacuna y la administración de la misma.

Medical Policy

plan to operate influenza (flu) clinics. Enrollment for mass immunizers is ongoing and must be completed through the local A/B MAC or carrier. Mass immunizers submit their claims to the local Medicare contractor.

Centralized billers are mass immunizers who have applied to become centralized billers when they operate in at least three payment localities for which there are three different Medicare contractors processing claims. Individuals and entities must be properly licensed in the States in which they plan to operate influenza (flu) and/or pneumococcal clinics.

Providers who only offer influenza services:

- *May enroll as one of two types of providers including a mass immunization roster biller (specialty provider type 73), or a Centralized Biller, and*
- *Must meet the guidelines for being either a mass immunizer or centralized biller.*

Suppliers must enroll as a mass immunization roster biller (specialty provider type 73) with a carrier or A/B MAC to render influenza vaccination services to Medicare beneficiaries.

Mass immunization roster billers and centralized billers must enroll in the Medicare program even if mass influenza and/or pneumococcal immunizations are the only service being provided.

They must:

- *Accept assignment on both the vaccine and its administration,*

Cont. on next page

Política Médica

- Facturar solamente por las vacunaciones de influenza y/o neumococo, y
- Someter reclamaciones usando el proceso de facturación “roster”.

La participación como facturador centralizado está limitada a un año y se debe renovar anualmente, poniéndose en contacto con las oficinas centrales de CMS no más tarde del 1 de junio para solicitar participación para el año entrante. Las reclamaciones para los facturadores centralizados son procesadas por un contratista especializado de Medicare, sin importar la localidad donde se suministró el servicio. Los facturadores centralizados someten sus reclamaciones al contratista especializado designado.

Los proveedores y suplidores deben suscribirse usando el formulario CMS 855 apropiado para la suscripción de proveedores. (Refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/02_EnrollmentApplications.asp). Las solicitudes están disponibles a través de los contratistas locales. Para más información sobre los requisitos de facturación, refiérase al Capítulo 18 del Medicare Claims Processing Manual, Secciones 10-10.5, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c18.pdf>.

Nota: Medicare Parte B paga el 100% del costo de las vacunas de neumococo, el virus de influenza, la administración de éstas. El deducible de la Parte B y el coaseguro no aplican a la vacuna contra el virus de influenza y neumococo.

Recuerden lo siguiente sobre la vacuna contra la influenza:

- Medicare permite una vacunación contra la influenza por año;
- Para propósitos de cubierta, Medicare no requiere que un doctor en medicina o en osteopatía ordene la vacuna de influenza y su administración;

Medical Policy

- *Bill only for influenza and/or pneumococcal vaccinations, and*
- *Submit claims using the roster billing process.*

Participation as a centralized biller is limited to one year and must be renewed annually by contacting the CMS central office by June 1 to request participation for the upcoming year. Claims for centralized billers are processed by one Medicare specialty contractor regardless of the locality where the service was rendered. Centralized billers submit their claims to the designated specialty contractor.

Providers and suppliers must enroll using the appropriate CMS 855 provider enrollment form (See http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/02_EnrollmentApplications.asp on the CMS website). Applications are available from the local contractors. Refer to the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 18, Sections 10-10.5 at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c18.pdf> on the CMS website for more information on billing requirements.

Note: *Medicare Part B pays 100 percent for pneumococcal vaccines, influenza virus vaccines, and their administration. The Part B deductible and coinsurance do not apply for influenza virus and pneumococcal vaccine.*

Remember the following regarding the influenza vaccine:

- *Medicare allows one influenza (flu) vaccination per year;*
- *Medicare does not require for coverage purposes that a doctor of medicine or osteopathy order the influenza vaccine and its administration; and*

Cont. on next page

Política Médica

- El beneficiario puede recibir la vacuna de influenza cuando lo solicite sin una orden médica y sin la supervisión médica.

Recuerde lo siguiente con respecto a la vacuna contra el neumococo, vigente para servicios brindados a partir del 1 de julio de 2000:

- Para propósitos de cubierta, Medicare no requiere que un doctor en medicina o en osteopatía ordene la vacuna de neumococo y su administración, y
- El beneficiario puede recibir la vacuna cuando lo solicite, sin una orden médica y sin supervisión médica.

Típicamente, la vacuna contra el neumococo se administra una vez en la vida. Las reclamaciones por vacunas de neumococo son pagadas para beneficiarios que:

- Se encuentran en alto riesgo de contraer la enfermedad de neumococo, y
- No han recibido la vacuna contra el neumococo en los últimos cinco años, o
- Se vacunan nuevamente porque no están seguros de su estatus de vacunación.

Información Adicional

CMS ofrece una cantidad de productos educativos sin costo en el *Medicare Learning Network* (MLN). Estos productos están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp#TopOfPage.

El CR6121 es la instrucción oficial enviada a su Contratista de la Parte B, FI y A/B MAC respecto a este cambio, y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R366OTN.pdf>.

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

Pub. MLN6121/ Trans R366OTN / CR6121 / 08-15-08/ mlv rrc

Medical Policy

- *The beneficiary may receive the influenza vaccine upon request without a physician's order and without physician supervision.*

Remember the following with regard to the pneumococcal vaccine, effective for services furnished on or after July 1, 2000:

- *Medicare does not require for coverage purposes, that a doctor of medicine or osteopathy order the pneumococcal vaccine and its administration, and*
- *The beneficiary may receive the vaccine upon request without a physician's order and without physician supervision.*

Typically, the pneumococcal vaccine is administered once in a lifetime. Claims for pneumococcal vaccines are paid for beneficiaries who:

- *Are at high risk of pneumococcal disease, and*
- *Have not received a pneumococcal vaccine within the last five years, or*
- *Are revaccinated because they are unsure of their vaccination status.*

Additional Information

CMS offers a number of free educational products on its Medicare Learning Network (MLN). These products are available on the MLN Preventive Services Educational Products web page located at http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp#TopOfPage on the CMS website.

The official instruction, CR 6121, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R366OTN.pdf> on the CMS website.

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

Política Médica

PAGOS DE MEDICARE POR SERVICIOS DE SALUD MENTAL CUBIERTOS POR LA PARTE B

Según recomendado por la Oficina del Inspector General (OIG, según sus siglas en inglés) en su informe de abril 2007, esta edición especial se emitió para explicar las guías de Medicare para el pago de servicios de Salud Mental bajo la Parte B. Estas guías incluyen; los requisitos para cualificar como proveedores de salud mental; servicios incidentales; servicios razonables y necesarios; expectativa razonable de mejoramiento; principios generales de la documentación de un expediente médico; guías de documentación para servicios de evaluación y manejo relacionados a un examen psiquiátrico general o a un examen psiquiátrico de un solo sistema; y guías para documentar los procedimientos para entrevistas de diagnóstico psiquiátrico o evaluación psiquiátrica, procedimientos terapéuticos psiquiátricos, evaluación del sistema nervioso central y evaluación de salud y comportamiento.

Es importante que los proveedores que brindan servicios de salud mental a los beneficiarios de Medicare conozcan las políticas que guían cómo se proveen los servicios y el pago de los mismos. A pesar de que existen instrucciones en los manuales de Medicare sobre varios de estos temas relacionados a servicios de salud mental brindados a beneficiarios de Medicare, este artículo especial consolida y resume estas guías de instrucciones del manual de política.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/se0816.pdf>.

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

Medical Policy

MEDICARE PAYMENTS FOR PART B MENTAL HEALTH SERVICES

As recommended by the Office of Inspector General's (OIG's) April 2007 report, this special edition article is being provided to explain Medicare's guidelines for payment of Part B mental health services. These guidelines include qualification requirements for mental health providers; incident to services; reasonable and necessary services; reasonable expectation of improvement; general principles of medical record documentation; documentation guidelines for evaluation and management (E&M) services involving a general psychiatric examination or the single system psychiatric examination; and documentation guidelines for psychiatric diagnostic or evaluative interview procedures, psychiatric therapeutic procedures, central nervous system assessment, and health and behavior assessment.

It is important that providers of mental health services to Medicare beneficiaries know the policies guiding the provision of and payment for such services. While instructions on these various topics related to mental health services furnished to Medicare beneficiaries have already been provided under several Medicare manuals, this special article consolidates and summarizes these manual instruction policy guidelines.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/se0816.pdf> on the CMS website.

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

SE0816 ab

Política Médica

EMERGENCIA DE LA INFLUENZA PANDEMICA -- EL PROGRAMA DE MEDICARE SE PREPARA

Este artículo es para propósito informativo solamente y alerta a los proveedores que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) está preparando políticas y procedimientos de emergencia que se pueden utilizar en el evento de una pandemia o emergencia nacional.

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/SE0836.pdf>.

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

Medical Policy

INFLUENZA PANDEMIC EMERGENCY -- THE MEDICARE PROGRAM PREPARES

This article is informational only and is alerting providers that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has begun preparing emergency policies and procedures that may be implemented in the event of a pandemic or national emergency.

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/SE0836.pdf> on the CMS website.

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

SE0836 ab

PRUEBA EXPLORATORIA DEL ADN FECAL PARA CÁNCER COLORECTAL

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6145 que anuncia la decisión de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) en relación a una solicitud para reconsiderar la Determinación Nacional de Cubierta (NCD) actual de la prueba exploratoria para cáncer colorectal. CMS determinó no expandir el beneficio de la prueba exploratoria de cáncer colorectal para incluir la cubierta de PreGen-Plus, una prueba exploradora de ADN fecal disponible comercialmente. Esto se debe a que la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, según sus siglas en inglés) determina que la prueba requiere revisión y aprobación antes de entrar en el mercado. Se reconsiderará una solicitud subsiguiente una vez se obtenga la aprobación de la FDA.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6145.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

SCREENING DNA STOOL TEST FOR COLORECTAL CANCER

This article is based on Change Request (CR) 6145 which announces the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) decision regarding a request for reconsideration of the current National Coverage Determination (NCD) for colorectal cancer screening. CMS will not expand the colorectal cancer screening benefit to include coverage of PreGen-Plus™, a commercially available screening DNA stool test; because the Food and Drug Administration (FDA) determines that this test requires pre-market review and approval. A subsequent request for reconsideration will be considered once FDA approval is obtained.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6145.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR6145/Trans. R93PB and R89NCD/MM6145 ab

Política Médica

ESTABLECIMIENTO DE PERIODOS Y CRITERIOS DE REPORTAR ALTERNOS DE LA INICIATIVA PARA REPORTAR LA CALIDAD DE SERVICIO MÉDICO (PQRI) 2008

CMS esta tomando pasos para exhortar a los médicos y profesionales de la salud a que participen en la Iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI, según sus siglas en inglés). Este programa está diseñado para mejorar la calidad del cuidado ofrecido a los beneficiarios de Medicare. Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR) 6104 la cual anuncia el establecimiento de periodos y criterios de reporte alternos para indicar satisfactoriamente las medidas de calidad para el PQRI del 2008.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMArticles/downloads/mm6104.pdf>.

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

Medical Policy

2008 PHYSICIAN QUALITY REPORTING INITIATIVE (PQRI) ESTABLISHMENT OF ALTERNATIVE REPORTING PERIODS AND REPORTING CRITERIA

CMS is taking steps to encourage physicians and other eligible professionals to participate in the Physician Quality Reporting Initiative (PQRI), a program designed to improve the quality of care provided to Medicare beneficiaries. This article was taken from CR 6104 which announces the establishment of alternative reporting periods and alternative criteria for satisfactorily reporting quality measures for the 2008 PQRI.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMArticles/downloads/mm6104.pdf> on the CMS website.

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

CR6104/Trans. R3550TN/MM6104 ab

TERAPIAS DE PRESIÓN POSITIVA CONTINÚA DE LAS VÍAS AÉREAS (CPAP) PARA APNEA DEL SUEÑO (OSA)

Para servicios a partir del 13 de marzo de 2008, Medicare permitirá la cubierta de Terapia de Presión Positiva Continúa de las vías aéreas (CPAP, según sus siglas en inglés) basado en un diagnóstico positivo de apnea de sueño (OSA, según sus siglas en inglés) por medio de una prueba de sueño casera (HST, según sus siglas en inglés), sujeto a los requisitos estipulados en la petición de cambio (CR) 6048.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMArticles/downloads/mm6048.pdf>.

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

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) THERAPY FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA)

Providers need to be aware that effective for claims with dates of service on and after March 13, 2008, Medicare will allow for coverage of CPAP therapy based upon a positive diagnosis of OSA by home sleep testing (HST), subject to the requirements of CR6048.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMArticles/downloads/mm6048.pdf> on the CMS website.

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

CR6048/Trans. R86NCD/MM6048 ab rrc

Política Médica

ACLARACIÓN DEL TRANSMITTAL 1470 ACTUALIZACIÓN DE AUDIOLOGÍA

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6061, el cual alerta a los audiólogos que no están suscritos actualmente con Medicare que se les requiere que obtengan un NPI y que lo utilicen en sus reclamaciones para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2008. Un audiólogo que previamente no estaba suscrito con Medicare debe iniciar el proceso tan pronto obtenga un NPI.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6061.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

CLARIFICATIONS TO AUDIOLOGY UPDATE TRANSMITTAL 1470

This article is based on Change Request (CR) 6061, which alerts Audiologists who are not currently enrolled to the fact that they are required to obtain their NPI and use it on claims for services they render on or after October 1, 2008. An audiologist not previously enrolled with Medicare should initiate Medicare enrollment as soon as they obtain an NPI.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6061.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR6061/Trans. R1550CP/MM6061 ab

ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA INTRACRANEAL (PTA) CON “STENTING”

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6137, que es en respuesta a la solicitud del fabricante del “stent” para que se reconsiderara y expandiera la cubierta para incluir el “stenting” intracraneal y angioplastia para pacientes en pruebas clínicas IDE. Con el CR6137, CMS reafirma su Determinación Nacional de Cubierta (NCD, según sus siglas en inglés) actual sin cambios. Por ende, se continuará cubriendo el PTA y “stenting” de arterias intracraneal para el tratamiento de estenosis de la arteria cerebral en pacientes con una enfermedad de arteriosclerosis intracraneal cuando se preste en acuerdo con el protocolo que gobierna el uso de un aparato de categoría B (IDE) de pruebas clínicas conforme a la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, según sus siglas en inglés). En resumen, CMS no cubrirá otra indicación para PTA con o sin “stenting”. Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6137.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

INTRACRANIAL PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) WITH STENTING

This article is based on Change Request (CR) 6137, which responds to a request by the manufacturer to reconsider and expand coverage to include Coverage with Evidence Development (CED) for intracranial stenting and angioplasty for patients in the IDE clinical trials. With CR6137, CMS reaffirms its existing NCD with no changes, and will continue to cover PTA and stenting of intracranial arteries for the treatment of cerebral artery stenosis in patients with intracranial atherosclerotic disease when furnished in accordance with the Food and Drug Administration (FDA) approved protocols governing Category B Investigational Device Exemption (IDE) clinical trials. CMS will continue its national non-coverage for all other indications for PTA with or without stenting. For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6137.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR6137/Trans. R87NCD/MM6137 ab

Política Médica

EXAMEN PÉLVICO EXPLORATORIO

Ha llegado a la atención de Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, sus siglas en inglés) que el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 18 (Servicios Preventivos y exploratorios) Sección 40 (Examinación Pélvico Exploratorio) no está claro en cuanto a los elementos necesarios durante un examen pélvico exploratorio. La petición de cambio 6085 de donde se extrajo este artículo, aclara esta información.

Esta petición de cambio no altera de ninguna manera la política establecida. Simplemente aclara esta información en el *Medicare Claims Processing Manual*.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6085.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

SCREENING PELVIC EXAMINATION

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has become aware that the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 18 (Preventive and Screening Services), Section 40 (Screening Pelvic Examinations) is not clear on what elements are needed during a screening pelvic examination. CR 6085, from which this article is taken, clarifies this unclear information.

Please note that CR 6085 does not provide any change in policy. It simply clarifies unclear information in the manual as stated above.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6085.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

MM6085/R1541CP/san

TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ANGIOGRAFÍA CARDIACA (CTA)

Este artículo informativo anuncia que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), al revisar la evidencia disponible, determinó que la cubierta de la Tomografía Computarizada de Angiografía Cardíaca (CTA, según sus siglas en inglés) para diagnóstico de enfermedad arterial coronaria (CAD, según sus siglas en inglés) continuará a discreción del contratista local de Medicare y que no es apropiado en estos momentos una Determinación Nacional de Cubierta (NCD, según sus siglas).

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6098.pdf>.

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

CARDIAC COMPUTED TOMOGRAPHIC ANGIOGRAPHY (CTA)

This informational article announces that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), upon review of the available evidence, has determined that the coverage of cardiac computed tomographic angiography (CTA) to diagnosis coronary artery disease (CAD) will remain at local Medicare contractor discretion, and no national coverage determination (NCD) is appropriate at this time.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6060.pdf> on the CMS website.

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

CR6098/Trans. R85NCD/MM6098 ab

Política Médica

INDICADOR PARA EL COMPONENTE TÉCNICO DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS COMPRADOS

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6122, el cual provee instrucciones a su contratista de la Parte B o A/B MAC sobre cómo procesar servicios diagnósticos cuando no existe una entrada (ya sea en el encasillado 20 del formulario CMS-1500 o en el segmento PS1 en el formato electrónico 837P X12 4010A1) en la reclamación que indique si los servicios de diagnóstico fueron comprados.

Lo que Usted Necesita Saber

Los contratistas de la Parte B y A/B MACs adjudicarán una reclamación que no tenga una entrada de indicador "Sí/No" o que le falta el segmento PS1 para un servicio de diagnóstico, como si no fuera un servicio comprado.

Trasfondo

Las reglas jurisdiccionales de contratistas de Medicare para las pruebas de diagnóstico/interpretaciones compradas, cambiaron en abril del año 2005 para permitir a los suplidores que facturen a sus contratistas locales por servicios de pruebas de diagnóstico/interpretación (y que reciban el pago correcto) irrespectivo de la localidad donde los servicios fueron prestados. Además, debido a que todos los servicios de diagnóstico comprados son pagados bajo las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés), los servicios de diagnóstico están sujetos a las mismas reglas de pago utilizadas para todos los otros servicios pagados bajo el MPFS, como también a las reglas jurisdiccionales que existen para esas tarifas fijas.

Medical Policy

INDICATOR FOR THE TECHNICAL COMPONENT OF PURCHASED DIAGNOSTIC SERVICES

Provider Types Affected

Physicians and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for diagnostic services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 6122 which provides instructions to your carrier or AB MAC on how to process claims for diagnostic services when there is no entry (either an indication in Block 20 of the CMS-1500 form or a claim or line level PS1 segment on the 837P X12 4010A1 electronic format) on the claim to indicate that whether the diagnostic services were purchased.

What You Need to Know

Carriers and AB MACs will adjudicate a claim lacking an entry for the "Yes/No" indicator or lacking the PS1 segment for a diagnostic service as if it were not a purchased service.

Background

Medicare carrier jurisdictional rules for purchased diagnostic tests/interpretations were changed in April 2005 to allow suppliers to bill their local carriers for diagnostic test/interpretation services (and receive the correct payment amount) regardless of the location where the services were performed. In addition, because all purchased diagnostic services are paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS), the diagnostic services are subject to the same payment rules as all other services paid under the MPFS, as well as to the jurisdictional rules for that fee schedule.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Sólo los laboratorios, médicos y centros independientes de pruebas diagnósticas (IDTFs por sus siglas en inglés) pueden facturar servicios comprados de pruebas e interpretaciones.

Algunas veces surgen situaciones de desarrollo de reclamaciones cuando no hay indicación respecto a si el servicio fue o no comprado, y los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han encontrado que las reclamaciones han sido innecesariamente devueltas como *no procesables* debido a que el facturador no indicó si el Componente Técnico (TC por sus siglas en inglés) de un servicio de diagnóstico fue comprado. Con el pasar del tiempo, CMS también ha encontrado que en los casos donde no hubo indicación en el encasillado 20 del formulario de reclamación CMS-1500, o en el segmento PS1 de la reclamación electrónica, era probable que el servicio no hubiera sido comprado. Por lo tanto, CMS está publicando el CR6122 para disminuir el volumen de reclamaciones devueltas a médicos y suplidores.

El CR6122 le imparte instrucciones a los Contratistas de la Parte B y a los A/B MACs a que presuman que un servicio de diagnóstico no es comprado si no existe una entrada en el encasillado 20 del formulario CMS-1500 o si no hay un segmento PS1 en el formato electrónico 837P X12 4010A1. Los Contratistas de la Parte B y los A/B MACs adjudicarán esa reclamación de servicio de diagnóstico como si no fuera un servicio comprado.

Por favor, observe que si no hay indicación respecto a si el servicio fue comprado y más adelante CMS encuentra que el servicio fue, de hecho, comprado, esto podría resultar en que se declare una reclamación falsa. Además, note que el Componente Profesional (PC por sus siglas en inglés) del servicio no es relevante para efectos de esta política. El precio de compra de la porción PC no es, ni debe ser, una parte del proceso adjudicativo del Componente Técnico (TC).

Información Adicional

El CR6122 es la instrucción oficial enviada a su Contratista y A/B MAC respecto a este cambio y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1589CP.pdf>.

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

Billing Policies

Only laboratories, physicians, and independent diagnostic testing facilities (IDTF) may bill for purchased tests and interpretations.

A claim development issue sometimes arises when there is no indication whether the service was purchased, and the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has found that claims have been returned as unprocessable needlessly due to the fact that the biller did not indicate whether the TC of a diagnostic service had been purchased. CMS has also found over time that if there was no indication in Block 20 on the CMS-1500 form or claim or line level PS1 segment on the electronic claim, it was likely that the service had not been purchased. Therefore, CMS is issuing CR6122 to decrease the volume of claims returned to physicians and suppliers.

CR 6122 instructs Carriers and AB MACs to assume that a diagnostic service is not purchased if there is no entry in either Block 20 on the CMS-1500 form or there is no PS1 segment on the 837P X12 4010A1 electronic format. Carriers and A/B MACs will adjudicate such a claim for a diagnostic service as if it were not a purchased service.

Please note that if there is no indication that the service was purchased and CMS later finds that, indeed, the service had been purchased, this could result in finding of a false claim. Also note that a professional component (PC) service is not relevant for this policy. The purchase price of the PC portion is not, and should not be, a part of the adjudicative process of the technical component.

Additional Information

The official instruction, CR 6122, issued to your carrier and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1589CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6122/ Trans R1589CP / CR6122 / 09-08-08/ mlv rrc

Políticas de Pago

ACTUALIZACION TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2008 A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFSDB)

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare que son pagaderos a base de la Base de Datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFSDB, por sus siglas en inglés).

Puntos Clave del CR6180

- Los cambios contenidos en la Actualización Trimestral de Octubre 2008 al MPFSDB son los siguientes:

CPT/HCPCS Codes	Action
15878 and 15879	Bilateral indicator = 1
92557 and 92567	PC/TC Indicator = 9
93660 - 26	Multiple Procedure Indicator = 2
G0398, G0399, and G0400	PC/TC Indicator = 1

- Los cambios que entraron en vigor el 13 de marzo de 2008 para los códigos G0398-TC, G0398-26, G0399-TC, G0399-26, G0400-TC, y G0400-26 se describen en el Anejo 1 del CR6180.
- Se llevó a cabo un cambio editorial al descriptor extenso del código G0250, según se detalla en el Anejo 1 del CR6180.

Asegúrese que el personal a cargo de la facturación en su oficina esté al tanto sobre estos cambios. Su contratista de Medicare hará ajustes retroactivos a reclamaciones que usted someta a su reconsideración.

Trasfondo

Este artículo se basa en el CR6180, el cual establece que los archivos de pago fueron enviados a los Contratistas basado en la Reglamentación Final del MPFS de 2008. El CR6180 enmienda dichos archivos de pago.

Billing Policies

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

Provider Types Affected

Physicians and providers who submit claims to Medicare Carriers or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services rendered to Medicare beneficiaries paid based on the MPFSDB.

Key Points of CR 6180

- *Changes in the October Update to the 2008 MPFSDB are as follows:*

- *Changes effective March 13, 2008 for G0398-TC, G0398-26, G0399-TC, G0399-26, G0400-TC, and G0400-26 are as described in Attachment 1 of CR 6180.*
- *An editorial change was made to the long descriptor of G0250 as noted in Attachment 1 of CR6180.*

Make certain your billing staffs are aware of these changes. Your Medicare contractor will retroactively adjust claims if you bring such claims to their attention.

Background

This article is based on CR 6180, which states that payment files were issued to contractors based upon the 2008 MPFS Final Rule. CR 6180 amends those payment files.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Información Adicional

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

Usted puede acceder la instrucción oficial (CR6180), enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1580CP.pdf>.

Billing Policies

Additional Information

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

You may see the official instruction (CR6180) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC, by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1580CP.pdf> on the CMS website.

MLN6180/Trans R1580CP / CR6180 / 08-22-08/ mlv rrc

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LOS ÉDITOS DE LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA (CCI), VERSIÓN 14.3, VIGENTE EL 1 DE OCTUBRE DE 2008

Proveedores Afectados

Médicos que someten reclamaciones 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).

Trasfondo

Este artículo se basa en el CR6169, el cual sirve de recordatorio para los médicos a fin de que tomen nota de las actualizaciones trimestrales a los éditos de la Iniciativa de Codificación Correcta (CCI por sus siglas en inglés).

La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta, desarrollada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) ayuda a promover las metodologías correctas de codificación nacional y controla la codificación incorrecta. Las políticas de codificación desarrolladas se basan en convenciones de codificación definidas en las siguientes publicaciones:

- El manual de Terminología Actual de Procedimientos (CPT por sus siglas en inglés) de la Asociación Médica Americana (AMA por sus siglas en inglés);
- Políticas y éditos nacionales y locales;
- Guías de codificación desarrolladas por sociedades/especialidades médicas nacionales;

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 14.3, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2008

Provider Types Affected

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

Background

This article is based on Change Request (CR) 6169, which provides a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to Correct Coding Initiative (CCI) edits.

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

- *The American Medical Association's (AMA's) Current Procedural Terminology (CPT) manual;*
- *National and local policies and edits;*
- *Coding guidelines developed by national societies;*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Análisis de estándares de la práctica médica y quirúrgica; y
- Revisión de la práctica de codificación actual.

Puntos Clave

El último paquete de éditos CCI, Versión 14.3, entra en vigor el 1 de octubre de 2008. La Versión 14.3 de los éditos CCI incluirá todas las versiones anteriores y las actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente, y estarán organizadas en dos tablas:

- Columna 1/Columna 2 Éditos de Codificación Correcta; y
- Éditos de Códigos Mutuamente Exclusivos

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

Información Adicional

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

El CR6169 es la instrucción oficial enviada a Contratistas y A/B MACs respecto a esta actualización y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1598CP.pdf>.

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

Billing Policies

- *Analysis of standard medical and surgical practice; and*
- *Review of current coding practice.*

Key Points

The latest package of CCI edits, Version 14.3, will be effective October 1, 2008. Version 14.3 of the CCI edits will include all previous versions and updates from January 1, 1996 to the present and will be organized into two tables:

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

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

Additional Information

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

The official instruction, CR6169, issued to carriers and A/B MACs regarding this update may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1598CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6169/ Trans R1598CP / CR6169 / 10-01-08/ mlv rrc

Políticas de Pago

LA MODIFICACIÓN CLÍNICA DEL ICD-10/ SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS (CM/PCS) – LA PRÓXIMA GENERACIÓN DE LA CODIFICACIÓN

Este artículo de edición especial (SE0832) delinea información general para proveedores que están investigando sobre el sistema de clasificación del *International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10)*. Comparado con el sistema actual de clasificación ICD – 9, el ICD-10 ofrece información más detallada y la habilidad de expandir la especificidad y la información clínica para poder capturar los avances en la medicina. Los proveedores tal vez quieran familiarizarse con el sistema de codificación nuevo.

El sistema aún no se ha implementado en los procesos de reclamaciones de Medicare de Pago por Servicio (FFS, por sus siglas en inglés), por lo que no es necesario tomar acción alguna en estos momentos.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0832.pdf>.

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

Billing Policies

THE ICD-10 CLINICAL MODIFICATION/PROCEDURE CODING SYSTEM (CM/PCS) – THE NEXT GENERATION OF CODING

This Special Edition article (SE0832) outlines general information for providers detailing the International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10) classification system. Compared to the current ICD-9 classification system, ICD-10 offers more detailed information and the ability to expand specificity and clinical information in order to capture advancements in clinical medicine. Providers may want to become familiar with the new coding system.

The system is not yet implemented in Medicare's fee-for-service (FFS) claims processes so no action is needed at this time.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0832.pdf> on the CMS website.

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

SE0832 ab

LEY DE MEJORAS PARA PACIENTES Y PROVEEDORES DE MEDICARE DE 2008 – CAMBIO LEGISLATIVO EN LA FACTURACIÓN DE LABORATORIOS INDEPENDIENTES DEL TC DE SERVICIOS DE PATOLOGÍA

Proveedores Afectados

Laboratorios independientes que facturan a los Contratistas de la Parte B o Contratistas Administrativos (MACs) de Medicare por servicios prestados a beneficiarios de Medicare hospitalizados.

MEDICARE IMPROVEMENTS FOR PATIENTS AND PROVIDERS ACT OF 2008 - LEGISLATIVE CHANGE TO INDEPENDENT LABORATORY BILLING FOR THE TC OF PHYSICIAN PATHOLOGY SERVICES

Provider Types Affected

Independent laboratories billing Medicare Carriers or Medicare Administrative Contractors (MACs) for services rendered to hospitalized Medicare beneficiaries.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Impacto en el Proveedor

Los laboratorios independientes cualificados pueden continuar facturando directamente a Medicare por el Componente Técnico (TC por sus siglas en inglés) de ciertos servicios médicos de patología suministrados a pacientes como parte de una estadía cubierta en hospital, o de un servicio hospitalario ambulatorio cubierto, hasta el 31 de diciembre de 2009, sin importar el estatus de hospitalización del beneficiario, según lo establece el *Medicare Improvements for Patients and Providers Act* de 2008 (MIPPA).

El CR6042 también le imparte instrucciones a los Contratistas de la Parte B/MACs para que no implementen los requisitos de negocios del CR5347 con respecto a la acción para servicios médicos de patología (vea el artículo MLN Matters MM5347 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5347.pdf>). El CR5347 evita que el Contratista pague por el TC del servicio de patología prestado durante una estadía en hospital, o para la misma fecha de servicio (DOS por sus siglas en inglés) que un servicio ambulatorio. El CR6042 cancela esa directriz para los Contratistas de la Parte B/MACs).

Trasfondo

Como resultado del MIPPA, el CR6042 instruye a los Contratistas/MACs que notifiquen a los laboratorios independientes que aquellos que cualifican para facturar por el Componente Técnico (TC) del servicio médico de patología, bajo la Sección 542 del *Benefits Improvement and Protection Act* del 2000 (BIPA)/Sección 732 del *Medicare Modernization Act* (MMA)/ Sección 104 del *Tax Relief and Health Care Act* de 2006 (TRHCA)/ Sección 104 del *Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act* de 2007 (MMSEA), pueden continuar haciéndolo de esa manera comenzando con fechas de servicio del 1 de julio de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2009. Esto provee unos 18 meses adicionales más allá de la fecha de expiración en el MMSEA.

Billing Policies

Impact on Providers

Qualifying independent laboratories may continue to bill Medicare directly for the TC of certain physician pathology services provided to patients as part of a covered hospital inpatient stay or outpatient hospital service, through December 31, 2009 regardless of the beneficiary's hospitalization status, in accordance with the Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA).

CR6042 also instructs the carriers/MACs not to implement the business requirements of CR 5347 with respect to action for physician pathology services (See MLN Matters article, MM5347, at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5347.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website. (CR5347 prevents payment by a carrier for a TC of a pathology service rendered during an inpatient stay or for the same date of service (DOS) as an outpatient service. CR 6042 negates that directive to carriers/MACs.)

Background

As a result of MIPPA, CR6042 instructs the carriers/MACs to notify the independent laboratories that those that qualify to bill under the Section 542 of the Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA)/Section 732 of the Medicare Modernization Act (MMA)/ Section 104 of the Tax Relief and Health Care Act of 2006 (TRHCA)/ Section 104 of the Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007 (MMSEA) for the TC of the physician pathology services may continue to do so effective with DOS July 1, 2008 through December 31, 2009. This is an additional eighteen (18) months beyond the expiration date in the MMSEA.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR6042) enviada a su Contratista de la Parte B o A/B MAC de Medicare, refiérase al siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1561CP.pdf>.

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

Billing Policies

Additional Information

To see the official instruction (CR6042) issued to your Medicare Carrier or A/B MAC visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1561CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6042/ Trans R1561CP / CR6042 / 07-25-08/ mlv rrc

ACTUALIZACIÓN DEL CARGO RAZONABLE PARA EL 2009 DE TABLILLAS, YESO, SUMINISTROS DE DIÁLISIS, EQUIPO DE DIÁLISIS Y CIERTOS LENTOS INTRAOCULARES

Este artículo se tomo de la petición de cambio (CR) 6221 el cual provee instrucciones a los contratistas de la Parte B, intermediarios fiscales, MAC de A/B y MAC de DME de cómo calcular el cargo razonable para el pago de reclamaciones por tablillas, yesos, suministros y equipos de diálisis y lentes intraoculares provistos en el año calendario 2009. El CR6221 también anuncia que el factor de actualización del 2009 para el cargo por el índice de inflación (IIC, según sus siglas en inglés) es 5.0 por ciento.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN Matters Articles/downloads/mm6221.pdf>.

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

REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2009 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, AND CERTAIN INTRAOCULAR LENSES

This article was taken from CR 6221, which instructs carriers, FIs, MACs, and DME MACs how to calculate reasonable charges for the payment of claims for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses furnished in calendar year 2009. CR6221 also announces that the 2009 Inflation-Indexed Charge IIC update factor is 5.0 percent.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLN Matters Articles/downloads/mm6221.pdf> on the CMS website.

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

CR6221/Trans. R1613CP/MM6221 ab

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, NINTH REVISION, CLINICAL MODIFICATION (ICD-9-CM)

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6107 y le recuerda a los contratistas de Medicare y los proveedores que la actualización anual del ICD-9-CM estará vigente para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2008. Pueden obtener información sobre los códigos diagnósticos de ICD-9-CM nuevos, revisados o des-continuados en el sitio de Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) visite el http://www.cms.hhs.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/07_summarytables.asp#TopOfPage, o visite el sitio Web del *National Center for Health Statistics (NCHS)* al <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm> en junio de cada año.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6107.pdf>.

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

Billing Policies

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

This article is based on Change Request (CR) 6107 and reminds the Medicare contractors and providers that the annual ICD-9-CM update will be effective for dates of service on and after October 1, 2008 (for institutional providers, effective for discharges on or after October 1, 2008). You can see the new, revised, and discontinued ICD-9-CM diagnosis codes on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website at http://www.cms.hhs.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/07_summarytables.asp#TopOfPage, or at the National Center for Health Statistics (NCHS) website at <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm> in June of each year.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6107.pdf> on the CMS website.

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

CR6107/Trans. R1556CP/MM6107 ab

Reclamaciones

RECLAMACIONES SOMETIDAS POR EL BENEFICIARIO

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR5683 actualiza los procedimientos para procesamiento de reclamaciones sometidas por beneficiarios de Medicare a Contratistas de la Parte B y/o A/B MACs y sirve también de recordatorio a los proveedores y suplidores de que se les requiere por ley someter a Medicare las reclamaciones de servicios que éstos rinden a beneficiarios de Medicare. Estas actualizaciones no aplican a reclamaciones por el beneficiario a Contratistas de Equipo Médico Duradero (DME MACs por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Se les requiere a todos los proveedores y suplidores que se registren en el Programa Medicare a fin de recibir pagos. Además, La Ley de Seguro Social (Sección 1848(g)(4)(A) (http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm)) requiere que los proveedores y suplidores sometan reclamaciones por servicios prestados a beneficiarios de Medicare. El manual vigente de requisitos le imparte instrucciones a los contratista de Medicare a proveer educación a proveedores y suplidores, explicándoles los requisitos de ley, incluyendo posibles penalidades por negarse repetidamente a someter reclamaciones de servicios prestados. Los Contratistas de Medicare también tienen instrucciones de procesar reclamaciones sometidas por beneficiarios de servicios que:

- 1 No están cubiertos por Medicare (ejemplo, aparatos auditivos, cirugía cosmética, servicios de comodidad personal, etc.) de acuerdo con los procedimientos normales de procesamiento. Para más detalles, vea el 42

Claims

BENEFICIARY SUBMITTED CLAIMS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

Change Request (CR) 5683 updates the procedures for processing claims submitted by Medicare beneficiaries to carriers and/or A/B MACs and serves as a reminder to providers and suppliers that they are required by law to submit claims to Medicare for services they render to Medicare beneficiaries. These updates do not apply to beneficiary claims submitted to Durable Medical Equipment (DME) MACs.

Background

All providers and suppliers are required to enroll in the Medicare program in order to receive payment. In addition, the Social Security Act (Section 1848 (g)(4)(A); http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm) requires all providers and suppliers to submit claims for services rendered to Medicare beneficiaries. The current manual requirement instructs Medicare contractors to provide education to the providers and suppliers explaining the statutory requirement, including possible penalties for repeatedly refusing to submit claims for services provided. Medicare contractors are also instructed to process beneficiary submitted claims for services that:

1. *Are not covered by Medicare (e.g., for hearing aids, cosmetic surgery, personal comfort services, etc., in accordance with its normal processing procedures; see 42*

Cont. on next page

Reclamaciones

CFR 411.15, en el siguiente enlace en el Internet: http://a257.g.akamaitech.net/7/257/2422/12feb20041500/edocket.access.gpo.gov/cfr_2004/octqtr/pdf/42cfr411.15.pdf.

2. Están cubiertos por Medicare cuando el beneficiario ha sometido una reclamación completa (Formulario de Petición del Paciente para Pago de Servicios Médicos CMS-1490S; <http://www.cms.hhs.gov/CMSForms/CMSForms/>) y toda la documentación de apoyo asociada con la reclamación, incluyendo una factura detallada que contenga la siguiente información:

- Fecha de Servicio,
- Lugar de Servicio,
- Descripción de la enfermedad o lesión,
- Descripción de cada servicio médico o quirúrgico, o equipo suministrado,
- El cargo para cada servicio,
- Nombre y dirección del médico o suplidor, y
- Número NPI del proveedor o suplidor.

Si se somete una reclamación incompleta (o una reclamación que contenga información inválida), el Contratista la devolverá con una carta apropiada, indicando que está incompleta. CMS estará brindando ejemplos del lenguaje sugerido para tales cartas en una publicación futura. Además, los Contratistas devolverán manualmente (al beneficiario) reclamaciones sometidas por los beneficiarios cuando éstos hagan uso equivocado del Formulario CMS-1500, con las instrucciones de procesamiento del formulario adecuado (CMS1490S) para el debido procesamiento de su reclamación.

Nota: CMS proveerá ejemplos del lenguaje sugerido para las cartas que se mencionan arriba en un "transmittal" futuro.

Cuando se haga una devolución manual a una reclamación sometida por el beneficiario (Formulario CMS-1490S) por concepto de servicios cubiertos por Medicare (debido a que la reclamación no está completa o porque contiene información inválida), el contratista mantendrá un

Claims

CFR 411.15 at http://a257.g.akamaitech.net/7/257/2422/12feb20041500/edocket.access.gpo.gov/cfr_2004/octqtr/pdf/42cfr411.15.pdf for details); and

2. Are covered by Medicare when the beneficiary has submitted a complete claim (Patient's Request for Medical Payment Form CMS-1490S; <http://www.cms.hhs.gov/CMSForms/CMSForms/>) and all supporting documentation associated with the claim, including an itemized bill with the following information:

- Date of service,
- Place of service,
- Description of illness or injury,
- Description of each surgical or medical service or supply furnished,
- Charge for each service,
- The doctor's or supplier's name, address, and
- The provider or supplier's National Provider Identifier (NPI).

If an incomplete claim (or a claim containing invalid information) is submitted, the contractor will return the claim as incomplete with an appropriate letter. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will be providing suggested language for that letter in a later Transmittal. In addition, contractors will manually return (to the beneficiary) beneficiary submitted claims when the beneficiary used Form CMS-1500 with instructions how to complete and return the appropriate beneficiary claims Form CMS-1490S for processing.

Note: CMS will be providing suggested language for the above mentioned letter in a later Transmittal.

When manually returning a beneficiary submitted claim (Form CMS-1490S) for a Medicare-covered service (because the claim is not complete or contains invalid information),

Cont. on next page

Reclamaciones

récord de las reclamaciones sometidas por el beneficiario para propósitos de las reglas sobre el tiempo de radicación, en caso de que el beneficiario vuelva a someter la reclamación.

Al devolver una reclamación sometida por el beneficiario, el Contratista le informará mediante carta que:

- Se le requiere por ley al proveedor o suplidor que someta una reclamación en representación del beneficiario (para servicios que, de otra forma, serían pagaderos); y
- Para poder someter la reclamación, el proveedor tiene que estar suscrito en el Programa Medicare.

Los Contratistas de Medicare deben motivar a los beneficiarios de Medicare a que siempre busquen atención médica no urgente proveedores y suplidores registrados en el Programa Medicare.

Si un beneficiario recibe servicios de un proveedor o suplidor que se niega a someter una reclamación en representación del beneficiario (por servicios que de otra forma serían pagaderos por Medicare), el beneficiario debe:

1. Notificar al Contratista, por escrito, que el proveedor o suplidor se negó a someter la reclamación a Medicare, y
2. Someter el formulario CMS-1490S junto a la documentación de apoyo.

Al recibo de la queja del beneficiario de que el proveedor/suplidor se negó a someter la reclamación, junto con el formulario CMS-1490S (con toda la documentación de apoyo), el Contratista procesará y pagará la reclamación del beneficiario de ser un servicio pagadero por Medicare, de no ser por la negativa del proveedor/suplidor de someter la reclamación y/o registrarse en el Programa Medicare.

Los contratistas mantendrán:

1. Documentación sobre quejas de beneficiarios que envuelvan violaciones a la política de mandatoria de someter reclamaciones, y
2. Una lista de los primeros 50 ofensores (por estado) de dicha política.

Claims

the contractor will maintain a record of the beneficiary submitted claim for purposes of the timely filing rules in the event that the beneficiary re-submits the claim.

When returning a beneficiary submitted claim, the contractor will inform the beneficiary by letter that:

- *The provider or supplier is required by law to submit a claim on behalf of the beneficiary (for services that would otherwise be payable); and*
- *In order to submit the claim, the provider must enroll in the Medicare program.*

Medicare contractors should encourage beneficiaries to always seek non-emergency care from a provider or supplier that is enrolled in the Medicare program.

If a beneficiary receives services from a provider or supplier that refuses to submit a claim on the beneficiary's behalf (for services that would otherwise be payable by Medicare), the beneficiary should:

1. *Notify the contractor in writing that the provider or supplier refused to submit a claim to Medicare, and*
2. *Submit a complete Form CMS-1490S with all supporting documentation.*

Upon receipt of both the beneficiary's complaint that the provider/supplier refused to submit the claim, and the beneficiary's claim Form CMS-1490S (and all supporting documentation), the contractor will process and pay the beneficiary's claim if it is for a service that would be payable by Medicare were it not for the provider's or supplier's refusal to submit the claim and/or enroll in Medicare.

Contractors will maintain:

1. *Documentation of beneficiary complaints involving violations of the mandatory claims submission policy, and*
2. *A list of the top 50 violators (by State) of the mandatory claim submission policy.*

Cont. on next page

Reclamaciones

Las instrucciones provistas en el CR5683 no aplican a reclamaciones foráneas, y no aplican a reclamaciones de beneficiarios sometidas a DME MACs (por equipo médico duradero, protético, ortótico y suministros). El procesamiento de reclamaciones foráneas no cambia, y los DME MACs deben continuar usando los procedimientos vigentes.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5683), enviada a su Contratista, A/B MAC y DME MAC sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1588CP.pdf>.

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

Claims

The instructions provided in CR 5683 do not apply to foreign claims, and they do not apply to beneficiary claims submitted to DME MACs (for durable medical equipment, prosthetics, orthotics and supplies). The processing of foreign claims will remain unchanged, and DME MACs should continue to follow procedures that are currently in place.

Additional Information

The official instruction, CR5683, issued to your carrier, A/B MAC, and DME MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1588CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN5683/ Trans R1588CP / CR6179 / 09-05-08/ mlv rrc

ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DEL AVISO DE LA REMESA Y LOS CÓDIGOS DE ADJUDICACIÓN DE RECLAMACIONES

Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR) 6109, la cual anuncia la última actualización de los Códigos del Aviso de la Remesa (RARC, según sus siglas en inglés) utilizados en la remesa de pago electrónica y papel. Además, anuncia la actualización de los Códigos de Adjudicación de Reclamaciones (CARC, según sus siglas en inglés) utilizado en la remesa de pago y transacciones de reclamaciones de coordinación de beneficios (COB, según sus siglas en inglés). Estos cambios serán vigentes a partir del 1 de octubre 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/MM6109.pdf>.

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

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

This article was taken from CR 6109, which announces the latest update of Remittance Advice Remark Codes (RARC) used in electronic and paper remittance advice, and Claim Adjustment Reason Codes (CARC) used in electronic and paper remittance advice and coordination of benefits (COB) claim transactions. These changes will be effective October 1, 2008.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6109.pdf> on the CMS website.

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

CR6109/Trans. R1563/MM6109 ab

Centro de Enfermería Especializada

REVISIÓN A LOS ÉDITOS DEL ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO (CWF) PARA CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6128 el cual revisa la acción tomada por el CR5757 para eliminar el impacto negativo que ha tenido sobre los profesionales de servicios de terapia. Los éditos para la facturación consolidada (CB, según sus siglas en inglés) de los Centro de Enfermería Especializada (SNF, según sus siglas en inglés) implementados por el CR5757 no aplicarán comenzando con reclamaciones procesadas a partir del 5 de enero de 2009. Los contratistas de Medicare reabrirán y reprocesarán las reclamaciones denegadas indebidamente cuando el proveedor las traiga a su atención.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6128.pdf>.

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

Skilled Nursing Facility

REVISION TO SKILLED NURSING FACILITY (SNF) COMMON WORKING FILE (CWF) EDITING

This article is based on Change Request (CR) 6128 which revises the action taken by CR 5757 to eliminate the negative impact on therapy professionals. The editing for Skill Nursing Facility (SNF) Consolidating Billing (CB) implemented by CR5757 will no longer be applied starting with claims processed on or after January 5, 2009. Medicare contractors will reopen and re-process claims incorrectly denied when you bring such claims to their attention.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6128.pdf> on the CMS website.

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

CR6128/Trans. R1554CP/MM6128 ab

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE DE 2008 A LOS CÓDIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6111. La directriz provee la actualización trimestral de octubre de los códigos HCPCS del 2008 para el cumplimiento con la Facturación Consolidada de los Centros de Enfermería Especializada.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6111.pdf>.

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

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

This article is based on Change Request (CR) 6111 which provides the October quarterly update to the 2008 Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes for Skilled Nursing Facility (SNF) consolidated billing (CB) enforcement.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6111.pdf> on the CMS website.

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

CR6111/Trans. R1537/MM6111 ab

Ambulancia

AVISO DE ACTUALIZACIONES TRIMESTRALES NUEVAS AL ARCHIVO PARA USO PÚBLICO DE TARIFAS FIJAS PARA AMBULANCIAS

Debido al proceso continuo de la reforma de la Contratación del Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, algunos de los números de los Contratistas de Medicare incluidos en el Archivo Anual del 2008 de Tarifas Fijas de Ambulancias para Uso Público (PUF, por sus siglas en inglés) publicados en el sitio Web de CMS, pudieran estar obsoletos. Para asegurar que los números de los contratistas contenidos en el archivo son los más correctos posible, se publicará una actualización trimestralmente al archivo PUF en el sitio Web de CMS, http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/02_afspuf.asp#TopOfPage, con los números nuevos de los Contratistas. Estas actualizaciones trimestrales ocurrirán hasta tanto se complete la reforma de contratación. La información actualizada se resaltaré con texto rojo en itálico. Para las instrucciones completas favor de ir a: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R352OTN.pdf>.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6091.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

EL FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA (AIF) PARA EL AÑO CALENDARIO (CY) 2009

Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR) 6113, y provee el factor de inflación para ambulancia (AIF, según sus siglas en inglés) para el año calendario del 2009. El AIF para el 2009 es 5.0 por ciento. Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6113.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)

With continuing Medicare Claims Processing Contracting reform, some of the Contractor/Carrier numbers included in the 2008 annual Ambulance Fee Schedule Public Use File (PUF) posted to the CMS Web site 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 Web site, http://www.cms.hhs.gov/AmbulanceFeeSchedule/02_afspuf.asp#TopOfPage, until all contracting reform is completed. The updated information will be highlighted with italicized red text. For the complete instructions please go to: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R352OTN.pdf>.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6091.pdf> on the CMS website.

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

CR6091/rrc

AMBULANCE INFLATION FACTOR (AIF) FOR CY 2009

This article was taken from CR 6113, which provides the Ambulance Inflation Factor (AIF) for Calendar Year (CY) 2009. The AIF for CY 2009 is 5.0 percent. For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6113.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR6113/Trans. R1607CP/MM6113 ab rrc

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

NUEVOS REQUISITOS PARA INFORMACIÓN DE ORDEN/REFERIDO EN RECLAMACIONES DE CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASCS) PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Proveedores Afectados

Proveedores (ASCs) que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) o Contratistas de la Parte B, por servicios suministrados a los beneficiarios de Medicare.

Impacto en los Proveedores (ASCs)

Este artículo se basa en el CR6129, que establece que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), han determinado que a partir del 1 de enero de 2009, es necesario que se reporte quién es el médico que ordena/refiere en las reclamaciones de servicios de diagnóstico de radiología sometidos por los ASCs, igual que se hace para otras reclamaciones de servicios de diagnóstico de la Parte B (Modificador TC). El nombre del médico que ordena/refiere tiene que estar presente en el bloque 17 y el Identificador Nacional del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés) del médico tiene que estar presente en el bloque 17B del formulario CMS-1500 (o en los Enlaces de Elementos de Data 2420E y 2310B del Formato 837P).

Puntos Clave del CR6129

- Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2009, para reclamaciones permitidas de los ASC, si el modificador = TC, el nombre del médico que ordena/refiere tiene que indicarse en el bloque 17 y el NPI del médico que ordena/refiere, en el bloque 17B del formulario CMS-1500 para reclamaciones en papel.
- Vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2009, para reclamaciones permitidas de los ASC, si el modificador = TC, el nombre y el NPI del médico que

Ambulatory Surgical Center (ASC)

NEW REQUIREMENT FOR ORDERING/REFERRING INFORMATION ON AMBULATORY SURGICAL CENTER (ASC) CLAIMS FOR DIAGNOSTIC SERVICES

Provider Types Affected

Providers (ASCs) who submit claims to Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) or carriers for services provided to Medicare beneficiaries.

Impact on Providers (ASCs)

This article is based on Change Request (CR) 6129 which states that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has determined that beginning January 1, 2009, the ordering/referring physician needs to be reported on claims for diagnostic radiology services submitted by ASCs, as it is for other Part B claims for diagnostic services (modifier TC). The name of the ordering/referring physician needs to be present in block 17 and the National Provider Identifier (NPI) of the physician needs to be present in block 17B of the CMS-1500 (or in Data Element Loops 2420E and 2310B of the 837P).

Key Points of CR6129

- *Effective for dates of service on or after January 1, 2009 for allowed ASC claims, if modifier = TC, the ordering/referring physician name needs to be included in block 17 and ordering/physician NPI in block 17B of the CMS-1500 for paper claims.*
- *Effective for dates of service on or after January 1, 2009 for allowed ASC claims, if modifier = TC, the ordering physician name and NPI needs to be present in*

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

ordena tienen que estar presente en el Enlace 2420E NM1 (NM101=DK, NM102=1, NM103=apellido del proveedor, NM104=primer nombre del proveedor, NM108=XX, NM109=NPI del proveedor).

- Vigente el 1 de enero de 2009, para reclamaciones permitidas a los ASC, si el modificador = TC, el nombre y el NPI del médico que refiere tienen que estar presente en el Enlace 2310A/2420F NM1 (NM101=DN, NM102=1, NM103=apellido del proveedor, NM104=primer nombre del proveedor, NM108=XX, NM109=NPI del proveedor).
- Las reclamaciones serán devueltas como no procesables (utilizando el Código de Razón de Ajuste de Reclamación 16 – “La reclamación/el servicio carece de información necesaria para la adjudicación) para los servicios arriba indicados sin el nombre del médico que ordena/refiere o el NPI en la reclamación.
- Al devolver reclamaciones como no procesables, su Contratista de la Parte B de Medicare o su A-BMAC usarán estos códigos:
 - N264 – El nombre del proveedor que ordena falta/está incompleto/es inválido
 - N265 – El identificador primario del proveedor que ordena falta/está incompleto/es inválido
 - N285 – El nombre del proveedor que refiere falta/está incompleto/es inválido; o
 - N286 – El identificador primario del proveedor que refiere falta/está incompleto/es inválido
- Si el NPI de proveedor que ordena-refiere no puede obtenerse del proveedor que factura y no se encuentra en el Registro NPI, el proveedor que factura (en transacciones X12N 837) o el proveedor de servicio (en transacciones NCPDP 5.1) puede usarse temporalmente en el campo para ordenar-referir y dicho uso queda sujeto a revisión post pago.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

Loop 2420E NM1 (NM101=DK, NM102=1, NM103=provider's lastname, NM104=provider's first name, NM108=XX, NM109=provider's NPI).

- *Effective January 1, 2009 for allowed ASC claims, if modifier = TC, the referring physician name and NPI needs to be present in Loop 2310A/2420F NM1 (NM101=DN, NM102=1, NM103=provider's last name, NM104=provider's first name, NM108=XX, NM109=provider's NPI).*
- *Claims will be returned as unprocessable (using Claim Adjustment Reason Code 16- Claim/service lacks information which is needed for adjudication) for the above services without the ordering/referring physician name or NPI on the claim.*
- *When returning claims as unprocessable, your Medicare Carrier or A/B MAC will use Remittance Advice Remark codes:*
 - N264 - *Missing/incomplete/invalid ordering provider name;*
 - N265 - *Missing/incomplete/invalid ordering provider primary identifier;*
 - N285 - *Missing/incomplete/invalid referring provider name; or*
 - N286- *Missing/incomplete/invalid referring provider primary identifier.*
- *If the NPI of the ordering/referring provider cannot be obtained by the billing provider and it cannot be found on the NPI Registry, the billing provider (in X12N 837 transactions) or the service provider (in NCPDP 5.1 transactions) may be used in the ordering/referring field on a temporary basis and such use is subject to postpayment review.*

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Trasfondo

Antes del 1 de enero de 2008, los ASCs no podían recibir pagos por servicios de diagnóstico de radiología ya que esos servicios no estaban incluidos en la lista de los procedimientos aprobados ASC. Vigente para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008, varios códigos de radiología se añadieron a la lista de procedimientos ASC pagaderos. Como ahora los ASCs pueden facturar por estos servicios con el modificador TC, las reclamaciones de los ASCs por dichos servicios deben estar en cumplimiento con la Sección 1883 (q) de la Ley de Seguro Social, que requiere que la información del médico que ordena/refiere se incluya en todas las reclamaciones de servicios pagaderos, cuando hubo un referido médico.

Información Adicional

Para ver la instrucción oficial (CR6129) enviada a su Contratista o A/B MAC de Medicare, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1572CP.pdf>.

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

Ambulatory Surgical Center (ASC)

Background

Prior to January 1, 2008, ASCs could not be paid for diagnostic radiology services since these services were not included on the list of ASC-approved procedures. Effective for services on or after January 1, 2008 several radiology codes were added to the list of payable ASC procedures. Since ASCs can now bill for these services with the TC modifier, claims from ASCs these services must be in compliance with Section 1883 (q) of the Social Security Act, which requires that physician ordering/referring information be included on all claims for payable services when there had been a referral by a referring physician.

Additional Information

To see the official instruction (CR6129) issued to your Medicare Carrier or AB/MAC, refer to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1572CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6129/ Trans R1572CP / CR6129 / 08-08-08/ mlv rrc

ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2008 AL SISTEMA DE PAGO DE LOS ASC; RESUMEN DE LOS CAMBIOS A LA POLÍTICA DE PAGO

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6205, y describe los cambios y las instrucciones de facturación para las políticas de pago implementadas en la actualización de octubre 2008 para los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC, según sus siglas en inglés). Esta actualización provee tarifas actualizadas para ciertos medicamentos y biológicos que se pagan por separados. Además, provee tarifas y descriptores para códigos HCPCS Nivel II recientemente creados para medicamentos y biológicos.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6205.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

OCTOBER 2008 UPDATE TO THE ASC PAYMENT SYSTEM; SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES

This article is based on Change Request (CR) 6205 which describes changes to, and billing instructions for, payment policies implemented in the October 2008 ASC update. This update provides updated payment rates for selected separately payable drugs and biologicals. It also provides rates and descriptors for newly created Level II HCPCS codes for drugs and biologicals.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6205.pdf> on the CMS website.

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

CR6205/Trans. R1611CP/MM6205 ab

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

ACTUALIZACIÓN AL SISTEMA DE PAGO A LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC) DE JULIO 2008; RESUMEN DE CAMBIO A LA POLÍTICA DE PAGO

Este artículo describe cambio a, e instrucciones de facturación para la implementación de las políticas de pago de ASC actualizadas al 1 de julio 2008. Esta actualización provee tarifas de pago para medicamentos y biológicos que se pagan separados, descriptores de códigos nuevos del *Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Nivel II* creados para medicamentos y biológicos. Además, de tarifas de pago para tres códigos nuevos Categoría III del *Common Procedural Terminology (CPT)* que se le añadieron a la lista de procedimientos que se pueden pagar en ASC. Los códigos eliminados también están identificados en esta notificación.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6095.pdf>.

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

Ambulatory Surgical Center (ASC)

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

This article is based on Change Request (CR) 6095 which describes changes to, and billing instructions for, payment policies implemented in the July 2008 ASC update. This update provides updated payment rates for selected separately payable drugs and biologicals, descriptors for newly created Level II Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes for drugs and biologicals, and payment rates and descriptors for three newly created Category III Common Procedural Terminology (CPT) codes that are added to the list of payable procedures. Code deletions are also identified in this notification.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6095.pdf> on the CMS website.

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

CR6095/Trans. R1540/MM6095 ab

Laboratorio

NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

Proveedores Afectados

Laboratorios clínicos y proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

El CR6179, del cual se deriva este artículo, notifica a los proveedores, Contratistas de Medicare de la Parte B, y los A/B MACs de las nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés) bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)* de 1988.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina esté al tanto de estas nuevas pruebas con dispensa, las cuales se encuentran enumeradas en la tabla que está más adelante.

Trasfondo

Las reglamentaciones del *Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)* de 1988 requieren que una instalación esté debidamente certificada para cada prueba que se realice. Para asegurar que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) sólo realicen pagos bajo CLIA por pruebas de laboratorio clasificadas por complejidad en categoría de dispensa en instalaciones CLIA con un certificado de dispensa CLIA, las reclamaciones de pruebas de laboratorio actualmente se editan en el nivel de certificación CLIA.

Las nuevas pruebas con dispensa se aprueban por la FDA según van surgiendo, y las pruebas son válidas tan pronto se aprueban. Las nuevas pruebas con dispensa anunciadas en el CR6179 (y sus fechas de vigencia) se encuentran en la tabla a continuación:

Laboratory

NEW WAIVED TESTS

Provider Types Affected

Clinical laboratories and providers that submit claims to Medicare carriers and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services provided to Medicare beneficiaries.

What You Need to Know

CR 6179, from which this article is taken, informs providers, Medicare carriers, and A/B MACs of new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).

Make sure that your billing staffs are aware of these newly waived tests, which you can find listed in the table below.

Background

The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) regulations require a facility to be appropriately certified for each test performed. To ensure that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) only pay for laboratory tests categorized as waived complexity under CLIA in facilities with a CLIA certificate of waiver, laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level.

New waived tests are approved by the FDA on a flow basis, and the tests are valid as soon as they are approved. The new waived tests announced by CR 6179 (and their effective dates) are in the following table:

Cont. on next page

Laboratorio

Laboratory

Código CPT* CPT Code*	Fecha de Vigencia Effective Date	Descripción Description
87880QW	June 28, 2007	PSS World Medical Select Diagnostics Strep A Twist
87880QW	March 19, 2008	Jant Pharmacal Accutest Integrated Strep A Rapid Test Device
87880QW	March 19, 2008	Inverness Medical Biostar Aceava Strep A Twist
87880QW	April 8, 2008	Diagnostic Test Group Clarity Strep A Rapid Test Strips
80061QW, 82465QW, 83718QW, 84478QW	April 14, 2008	Abaxis, Piccolo xpress Chemistry Analyzer {Lipid Panel Reagent Disc} (Whole Blood)
82465QW, 82947QW, 82950QW, 82951QW, 82952QW, 83718QW, 84478QW, 84450QW, 84460QW	April 14, 2008	Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer {Lipid Panel Plus Reagent Disc} (Whole Blood)}
82042QW, 82150QW, 82247QW, 82977QW, 84157QW, 84075QW, 84450QW, 84460QW	April 14, 2008	Abaxis Piccolo xpress Chemistry Analyzer {Liver Panel Plus} (Whole Blood)
89300QW	June 12, 2008	SpermCheck Vasectomy
83520QW	June 13, 2008	HemoCue Albumin 201 System

* Estas nuevas pruebas deben tener el modificador QW para poder ser reconocidas como pruebas con dispensa.

El CR6179 también anuncia que:

- El nuevo código con dispensa CPT/HCPCS 87809 se asignó a la detección del agente antigénico infeccioso mediante inmunoensayo, con observación óptica directa; adenovirus. El código HCPCS asignado a la prueba *Rapid Pathogen Screening PRS Adeno Detector* a partir del 1 de enero de 2008 es el 87809QW.
- El nuevo código con dispensa CPT 83520QW se asignó a la prueba de albúmina que se realiza haciendo uso del *A HemoCue Albumin 201 System* a partir del 13 de junio de 2008.
- A partir del 1 de mayo de 2008, los siguientes sistemas de pruebas están descontinuados o ya no se manufacturan, y sus nombres se han removido de la lista de pruebas con estatus de dispensa bajo el CLIA:
 - *Metrika A1c Now for Prescription Home Use (K020234)*,

* *These new tests must have the modifier QW to be recognized as a waived test.*

CR 6179 also announces that:

- *The new waived CPT/HCPCS code 87809 has been assigned to the infectious agent antigen detection by immunoassay with direct optical observation; adenovirus. The HCPCS code assigned to the Rapid Pathogen Screening PRS Adeno Detector test has been changed to 87809QW with an effective date of January 1, 2008.*
- *The new waived CPT code, 83520QW has been assigned for the albumin test performed using the A HemoCue Albumin 201 System with an effective date of June 13, 2008.*
- *As of May 1, 2008, the following test systems are either discontinued or are no longer manufactured, and their names have been removed from the list of tests granted waived status under CLIA:*
 - *Metrika A1c Now for Prescription Home Use (K020234)*,

Cont. on next page

Laboratorio

- Metrika A1c Now™ - Professional Use (K000887),
- Metrika A1c Now for Professional Use (K020235), o Metrika DRx® HbA1c (Professional Use Test System),
- Bayer DCA 2000 – glycosylated hemoglobin (Hgb A1c), and
- Bayer DCA 2000+ - glycosylated hemoglobin (Hgb A1c).

- El sistema Bayer A1CNow+ {Para uso Profesional} recibió categoría de complejidad con dispensa por su uso en el hogar (OTC). Vigente el 1 de mayo de 2008, el Código CPT para el sistema Bayer A1CNow+ {Para uso Profesional} se cambio del código 83036QW al código 83037QW en la lista de pruebas con estatus de dispensa bajo el CLIA.
- El anejo al CR6179 incluye la lista de pruebas con estatus de dispensa bajo el CLIA. Por favor, observe que las pruebas mencionadas en la primera página del anejo (ejemplo, Códigos CPT: 81002, 81025, 82270, 82272, G0347, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651) no requieren el modificador QW para ser reconocidos como pruebas con dispensa.

Observe que su Contratista de Medicare o MAC no hará ajustes automáticos de reclamaciones procesadas previo a la fecha de implementación de estos cambios; sin embargo, ajustarán reclamaciones que usted traiga a su atención.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase al CR6719 enviado a su Contratista de la Parte B 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/R1594CP.pdf>.

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

Laboratory

- Metrika A1c Now™ - Professional Use (K000887),
- Metrika A1c Now for Professional Use (K020235), o Metrika DRx® HbA1c (Professional Use Test System),
- Bayer DCA 2000 – glycosylated hemoglobin (Hgb A1c), and
- Bayer DCA 2000+ - glycosylated hemoglobin (Hgb A1c).

- *The Bayer A1CNow+ {For Professional Use} was granted waived complexity categorization because of its home (over the counter) use. Effective May 1, 2008, the CPT code for Bayer A1CNow+ {For Professional Use} test system has been changed from 83036QW to 83037QW on the list of tests granted waived status under CLIA.*
- *The attachment to CR 6179 includes the list of tests granted waived status under CLIA. Please note that the tests mentioned on the first page of the attachment (i.e., CPT codes: 81002, 81025, 82270, 82272, G0394, 82962, 83026, 84830, 85013, and 85651) do not require a QW modifier to be recognized as a waived test.*

Please note that your Medicare carrier or MAC will not automatically adjust claims processed prior to the implementation of these changes; however they will adjust claims that you bring to their attention.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction, CR6719, issued to your carrier or A/B MAC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1594CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6179/ Trans R1594CP / CR6179 / 11-12-08/ mlv rrc

Laboratorio

TARIFA FIJA DE LABORATORIO CLÍNICO – TARIFAS POR VIAJE PERMITIDAS POR MEDICARE 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 concepto de servicios de laboratorio clínico prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR6195, el cual revisa y 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. Las nuevas tarifas son \$1.035 por milla (Código P9603) y \$9.55 por viaje, tarifa fija (P9604).

Lo Que Usted Necesita Saber

Observe que los Contratistas de Medicare no reprocessarán 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 la tarifa de colección de especímenes y 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 de acuerdo a la Sección 1833(h)(3) del Acta de Seguro Social, (disponible en el siguiente enlace: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1833.htm.) y el pago se realiza a base de la tarifa fija de laboratorios clínicos.

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) 6195, which revises and clarifies payment of travel allowances that are based on either a per mileage basis (P9603) or on a flat rate basis (P9604) for calendar year (CY) 2008. The new rates are \$1.035 per mile (P9603) and \$9.55 per flat-rate trip (P9604).

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

Medicare, under Part B, covers a specimen collection fee and travel allowance for a laboratory technician to draw a specimen from either a nursing home patient or homebound patient under Section 1833(h)(3) of the Social Security Act 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.)

Cont. on next page

Laboratorio

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 el viaje para la colección se hace solamente si aplica un cargo por colección de especímenes.

El estipendio de viaje tiene la intención de cubrir los costos estimados del viaje para la colección de especímenes (incluyendo el salario del técnico de laboratorio y gastos de viaje), y los Contratistas de Medicare tienen la opción 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 \$1.035 por milla, y se utiliza en situaciones cuando el viaje promedio al hogar del paciente:

- Es mayor de 20 millas, en ambas direcciones, y
- Debe ser prorrateado en situaciones cuando los especímenes se obtienen o se recogen de pacientes que no son beneficiarios de Medicare en el mismo viaje.

Vigente el 1 de agosto de 2008, la tarifa de \$1.035 por milla se computó a base de la tarifa federal de \$0.585 centavos por milla para gastos de auto más un cargo adicional de \$0.45 por milla para cubrir los costos de viaje y el tiempo del técnico. Los contratistas de Medicare tienen la opción de establecer una tarifa más alta, por encima de los \$1.035 por milla, si las condiciones locales así lo ameritan.

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.

Los siguientes ejemplos aclaran estos nuevos estipendios:

Laboratory

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.

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 \$1.035 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.*

As of August 1, 2008, the per mile allowance rate of \$1.035 cents per mile was computed using the Federal mileage rate of \$0.585 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 \$1.035 cents per mile if local conditions warrant it.

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.

The following are examples to further clarify the new allowances:

Cont. on next page

Laboratorio

Ejemplo 1: El 2 de agosto de 2008, un técnico de laboratorio viaja 60 millas (incluye ida y vuelta) desde un laboratorio en la ciudad a una localidad rural lejana, y de regreso al laboratorio, para obtener una muestra sencilla de sangre del paciente de Medicare. El total del reembolso será \$62.10 (60 millas x 1.035 centavos/milla), más un estipendio por la recolección de la muestra.

Ejemplo 2: El 2 de agosto de 2008, un técnico de laboratorio viaja cuarenta millas, desde el laboratorio al hogar del paciente de Medicare para obtener muestras de sangre, y luego viaja 10 millas adicionales hasta el hogar de un paciente que no es beneficiario de Medicare y luego viaja 30 millas para regresar al laboratorio. El técnico viajó un total de 80 millas. La reclamación debe ser por la mitad de las millas, o \$41.40 (40 x 1.035 centavos/milla), más el estipendio por la recolección de la muestra.

Nota: Algunos Contratistas de Medicare han establecido una política local de pago a base de una tarifa fija solamente.

Ejemplo 3: Un técnico de laboratorio viaja desde el laboratorio hasta el hogar de un solo paciente de Medicare y regresa al laboratorio sin hacer más paradas. La tarifa fija sería calculada como sigue: 2 x \$9.55 para un reembolso total de \$19.10, más el estipendio por la recolección de la muestra.

Ejemplo 4: Un técnico de laboratorio viaja del laboratorio a visitar el hogar de 5 pacientes para obtener muestras de sangre. Cuatro de los pacientes estaban en sus respectivos hogares y uno no.

Se carga una tarifa fija adicional para cubrir las 5 paradas y luego el viaje de regreso al laboratorio (6 x \$9.55 = \$57.30). Cada una de las reclamaciones debe ser por \$11.46 (\$57.30/5 = \$11.46). Debido a que uno de los pacientes no es beneficiario de Medicare, cuatro de las reclamaciones se someten a razón de \$11.46, más el estipendio de recolección de la muestra por cada uno.

Ejemplo 5: Un técnico de laboratorio viaja del laboratorio a un hogar de convalecencia, obtiene muestras de sangre de 5 pacientes y luego regresa al laboratorio. Cuatro de los pacientes son

Laboratory

Example 1: On August 2, 2008, a laboratory technician travels 60 miles round trip from a lab in a city to a remote rural location, and back to the lab to draw a single Medicare patient's blood. The total reimbursement would be \$62.10 (60 miles x 1.035 cents a mile), plus the specimen collection fee.

Example 2: On August 2, 2008, a laboratory technician travels 40 miles from the lab to a Medicare patient's home to draw blood, and then travels an additional 10 miles to a non-Medicare patient's home and then travels 30 miles to return to the lab. The total miles traveled would be 80 miles. The claim submitted would be for one half of the miles traveled or \$41.40 (40 x 1.035), plus the specimen collection fee.

Note: Some Medicare contractors have established local policy to pay based on a flat rate basis only.

Example 3: A laboratory technician travels from the laboratory to a single Medicare patient's home and returns to the laboratory without making any other stops. The flat rate would be calculated as follows: 2 x \$9.55 for a total trip reimbursement of \$19.10, plus the specimen collection fee.

Example 4: A laboratory technician travels from the laboratory to the homes of five patients to draw blood, four of the patients are Medicare patients and one is not.

An additional flat rate would be charged to cover the 5 stops and the return trip to the lab (6 x \$9.55 = \$57.30). Each of the claims submitted would be for \$11.46 (\$57.30 /5 = \$11.46). Since one of the patients is non-Medicare, four claims would be submitted for \$11.46 each, plus the specimen collection fee for each.

Example 5: A laboratory technician travels from a laboratory to a nursing home and draws blood from 5 patients and returns to the laboratory. Four of the patients are on Medicare

Cont. on next page

Laboratorio

beneficiarios de Medicare y uno no. La tarifa fija de \$9.55 se multiplica por dos para cubrir el viaje de regreso al laboratorio (2 x \$9.55 = \$19.10) y luego se divide entre 5 (1/5 de \$19.10 = \$3.82). Debido a que uno de los pacientes no es beneficiario de Medicare, se someten 4 reclamaciones a razón de \$3.82 cada una, más el estipendio de recolección de la muestra.

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

Si desea ver la instrucción oficial (CR6195) enviada a su Contratista y A/B MAC de Medicare, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1584CP.pdf>.

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

Laboratory

and one is not. The \$9.55 flat rate is multiplied by two to cover the return trip to the laboratory (2 x \$9.55 = \$19.10) and then divided by five (1/5 of \$19.10 = \$3.82). Since one of the patients is non-Medicare, four claims would be submitted for \$3.82 each, plus the specimen collection fee.

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

To see the official instruction (CR6195) issued to your Medicare A/B MACs and carriers visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1584CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

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

Pub. MLN6195/ Trans R1584CP / CR6195 / 11-05-08/ mlv rrc

MÓDULO DE ÉDITOS DE OCTUBRE 2008 PARA LA DETERMINACIÓN NACIONAL DE CUBIERTA DE LABORATORIOS

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6213. La misma anuncia la actualización al 1 de octubre 2008 del módulo de éditos de la Determinación Nacional de Cubierta (NCD, según sus siglas en inglés) para laboratorio clínicos diagnósticos. La última publicación trimestral del módulo de éditos se emitió en julio de 2008. El CR6213 incorpora todos los cambios desde julio 2008 al presente y no tiene otros cambios. Estos cambios tienen vigencia para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2008.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6213.pdf>.

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

LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR OCTOBER 2008

This article is based on Change Request (CR) 6213 which announces the changes that will be included in the October 2008 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory National Coverage Determinations (NCDs). The last quarterly release of the edit module was issued in July 2008. CR 6213 incorporates all changes from July 2008 to the present and has no other changes. These changes are effective for services rendered on or after October 1, 2008.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6213.pdf> on the CMS website.

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

CR6213/Trans. R1606CP/MM6213 ab

Laboratorio

REQUISITOS DE LA FIRMA DEL MÉDICO PARA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Este artículo se tomó de la petición de cambio (CR) 6100 que actualiza el Capítulo 15, Sección 80.6.1 del *Medicare Benefit Policy Manual* para incorporar lenguaje que previamente contenía la Sección 15021 del *Medicare Carrier Manual*, pero que inadvertidamente se omitió cuando se publicó el *Medicare Benefit Policy Manual*. Específicamente, señala que no se requiere la firma del médico en las órdenes para pruebas diagnósticas clínicas (incluyendo rayos X, laboratorios y otras pruebas diagnósticas) que se pagan a base de las tarifa fijas para laboratorios, las tarifas fijas para médicos, o para servicios de médicos patólogos. Aunque la firma del médico no se requiere en la orden, el médico debe documentar claramente en el expediente médico su intención de que se lleve a cabo la prueba.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLN Matters Articles/downloads/mm6100.pdf>.

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

Laboratory

PHYSICIAN SIGNATURE REQUIREMENTS FOR DIAGNOSTIC TESTS

This article was taken from CR 6100 which updates Chapter 15, Section 80, Subsection 80.6.1 of the Medicare Benefit Policy Manual to incorporate language previously contained in Section 15021 of the Medicare Carriers Manual, but inadvertently omitted when the Medicare Benefit Policy Manual was published. Specifically, it notes that a physician's signature is not required on orders for clinical diagnostic tests (including x-ray, laboratory, and other diagnostic tests) that are paid on the basis of the clinical laboratory fee schedule, the Medicare physician fee schedule, or for physician pathology services. While a physician order is not required to be signed, the physician must clearly document in the medical record his or her intent that the test be performed.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLN Matters Articles/downloads/mm6100.pdf> on the CMS website.

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

CR6100/Trans. R94BP/MM6100 ab

Medicamentos

POSPOSICIÓN DEL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) PARA MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE PARA EL AÑO 2009

Proveedores Afectados

Médicos que actualmente participan del Programa CAP de Medicare 2008 para Medicamentos y Biológicos cubiertos bajo la Parte B, y médicos interesados en participar del programa en el 2009.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han pospuesto el Programa de Adquisición Competitiva (CAP) del 2009, el cual daría comienzo el 1 de enero de 2009.

Lo Que Usted Necesita Saber

El contrato con el suplidor CAP aprobado, BioScrip, Inc., continuará vigente hasta el 31 de diciembre de 2008. Los médicos que actualmente participan en el CAP deben regresar a la metodología de Precio Promedio de Venta (ASP por sus siglas en inglés) para adquirir medicamentos de la Parte B para servicios provistos a partir del 1 de enero de 2009. El procesamiento de reclamaciones para el CAP continuará hasta después del 1 de enero de 2009 para reclamaciones con fecha de servicio hasta el 31 de diciembre de 2008. El periodo de elección para médicos del 2009 que estaba pautado llevarse a cabo del 1 de octubre al 15 de noviembre de 2008 no se llevará a cabo.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Para más detalles, refiérase a las secciones **Trasfondo e Información Adicional** de este artículo.

Trasfondo

Este artículo contiene información acerca del Programa de Adquisición Competitiva (CAP). El CAP es un mandato de la Sección 303(d) del *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA) del 2003, que requiere que la implementación del CAP para los medicamentos y biológicos de la Parte B que no se pagan basados en un sistema de costo o en un

Drugs

MEDICARE PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) POSTPONED FOR 2009

Provider Types Affected

Physicians who are currently participating in the 2008 Medicare CAP for Part B drugs and biologicals and physicians who are interested in participating in the program in 2009.

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has postponed the CAP for 2009, which was to begin on January 1, 2009.

What You Need to Know

The contract with the current Approved CAP Vendor, BioScrip Inc., will remain in effect through December 31, 2008. Physicians who are currently participating in the CAP must transition back into the Average Sales Price (ASP) method of acquiring part B drugs for services provided on or after January 1, 2009. Claims processing for the CAP will continue past January 1, 2009 for claims with dates of service through December 31, 2008. The physician election period for 2009 that was scheduled for October 1 to November 15, 2008 will not be held.

What You Need to Do

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

Background

This article contains information about the Competitive Acquisition Program (CAP). The CAP is mandated by Section 303(d) of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), which

Cont. on next page

Medicamentos

sistema de pago prospectivo. La Sección 303(d) del MMA está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/303d.pdf>

El CAP se Pospone Para el 2009

A principios de este año, CMS aceptó licitaciones para contratos de suplidores CAP para los años 2009-2011. A pesar de que CMS recibió varias licitaciones cualificadas, hubo asuntos contractuales con los licitadores ganadores que resultaron en la posposición del programa para el 2009 de parte de CMS. Como resultado, los medicamentos CAP no estarán disponibles por parte de un Suplidor CAP Aprobado para las fechas de servicio después de diciembre 31 de 2008, y el período de elección de médicos CAP para el 2009 previsto para octubre 1 a noviembre 15 de 2008 no se llevará a cabo. Los medicamentos CAP no estarán disponibles de parte de un suplidor CAP aprobado para las fechas de servicio posteriores al 31 de diciembre de 2008.

Cómo Ordenar Medicamentos

El contrato con el actual Suplidor Aprobado CAP, BioScrip Inc., se mantendrá vigente hasta el 31 de diciembre de 2008. Los médicos participantes del Programa deben continuar obteniendo los medicamentos CAP del Suplidor CAP Aprobado si los medicamentos van a ser administrados en o antes del 31 de diciembre de 2008. A partir del 1 de enero de 2009, los médicos deben obtener y facturar medicamentos mediante el proceso ASP, y los médicos también serán responsables por el cobro del deducible y el co-seguro a los beneficiarios de Medicare. Los médicos deben tomar en cuenta la fecha anticipada de administración del medicamento CAP al momento de ordenar medicamentos para ser administrados en diciembre de 2008.

Los medicamentos CAP sin usarse que queden en la oficina del médico pertenecen al Suplidor CAP Aprobado. Éstos pueden ser devueltos al Suplidor CAP Aprobado, en el caso de estar permitido por la ley estatal, o comprados del Suplidor CAP Aprobado para su administración bajo la metodología ASP para fechas de servicio posteriores al 1 de enero de 2009. Los medicamentos CAP que no han sido utilizados no pueden regalarse a los médicos. Los médicos CAP

Drugs

requires the implementation of a CAP for Medicare Part B drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment system basis. Section 303(d) of the MMA can be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/Downloads/303d.pdf> on the CMS website.

CAP Is Postponed For 2009

Earlier this year, CMS accepted bids for vendor contracts for the 2009-11 CAP. While CMS received several qualified bids, contractual issues with the successful bidders resulted in CMS postponing the 2009 program. As a result, CAP drugs will not be available from an Approved CAP Vendor for dates of service after December 31, 2008, and the 2009 CAP physician election period scheduled for October 1 to November 15, 2008 will not be held. CAP drugs will not be available from an approved CAP vendor for dates of service after December 31, 2008.

Drug Ordering

The contract with the current Approved CAP Vendor, BioScrip Inc., will remain in effect through December 31, 2008. Participating CAP physicians must continue to obtain CAP drugs from the Approved CAP Vendor if the drugs are to be administered on or before December 31, 2008. After January 1, 2009, physicians must obtain and bill for drugs through the ASP process, and physicians will also be responsible for collecting applicable deductible and co-insurance from Medicare beneficiaries. Physicians should be mindful of the anticipated date of a CAP drug's administration when ordering drugs for administration in December of 2008.

Unused CAP drugs that remain at a physician's office belong to the Approved CAP Vendor. They may be returned to the Approved CAP Vendor, if permissible by state law, or purchased from the Approved CAP Vendor

Cont. on next page

Medicamentos

participantes deben contactar al Suplidor CAP Aprobado tan pronto como les sea posible para determinar si es preferible comprar o devolver los medicamentos no utilizados, y deben tomar los pasos apropiados para minimizar la cantidad de medicamentos no utilizados en sus oficinas. La información de contacto para el Suplidor CAP Aprobado se encuentra disponible en el siguiente enlace en el Internet: <http://www.bioscrip.com/>

Procesamiento y Facturación de Reclamaciones

Los médicos CAP participantes deben someter las reclamaciones CAP a sus contratistas de la Parte B locales o al Contratista Administrativo de Medicare (MAC por sus siglas en inglés) dentro de los 30 días de la administración del medicamento CAP. Después del 1 de enero de 2009, los médicos CAP participantes pueden continuar sometiendo las reclamaciones CAP para fechas de servicio hasta el 31 de diciembre de 2008.

Los medicamentos adquiridos a través del proceso ASP para administrarse a partir del 1 de enero de 2009 deben facturarse a través del ASP, y los médicos no deben utilizar ninguno de los modificadores CAP (J1, J2, J3, M2) en dichas reclamaciones.

Revisión Post-Pago

El propósito del proceso de revisión post-pago CAP es verificar la administración de un medicamento o biológico CAP a fin de asegurar que los pagos por los medicamentos CAP se están realizando correctamente. Los médicos CAP participantes pueden recibir solicitudes del contratista CAP designado, Noridian Administrative Services (NAS), para solicitar documentación sobre reclamaciones específicas para dar apoyo al proceso de revisión.

Este proceso continuará en 2009 para reclamaciones con fechas de servicio previas al 1 de enero de 2009. NAS continuará enviando comunicaciones post-pago a los médicos, y los médicos deben someter la documentación requerida en un período de 30 días.

Adiestramiento CAP Durante la Transición

Durante el tercer trimestre, CMS proveerá orientación y adiestramiento a los médicos participantes del Programa CAP sobre la manera de hacer la transición para salir del

Drugs

for administration under the ASP methodology for dates of service after January 1, 2009. Unused CAP drugs cannot be given away to a physician. Participating CAP physicians should contact the Approved CAP Vendor as early as possible to determine whether buying or returning unused drugs is preferable, and take steps to minimize the amount of unused drugs at their offices. Contact information for the Approved CAP Vendor is available at <http://www.bioscrip.com/> on the internet.

Claims Processing and Billing

Participating CAP physicians must submit CAP claims to their local carrier or Medicare Administrative Contractor (MAC) within 30 days of CAP drug administration. After January 1, 2009, participating CAP physicians can continue to submit CAP claims for dates of service through December 31, 2008.

Drugs acquired through ASP for administration on or after January 1, 2009 must be billed through ASP, and physicians should not use any of the CAP modifiers (J1, J2, J3, M2) in these claims.

Post Payment Review

The purpose of the CAP post payment review process is to verify the administration of a CAP drug or biological in order to assure that CAP drug payments are being made appropriately. Participating CAP physicians may receive requests from the CAP designated carrier, Noridian Administrative Services (NAS), for documentation about specific claims to support the CAP post payment review process.

In 2009, this process will continue for claims with dates of service on or before December 31, 2008. NAS will continue to send post payment letters to physicians, and physicians must submit requested documentation within 30 days.

Cont. on next page

Medicamentos

programa a fines de año. Esta información será publicada en el enlace http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp en el sitio Web de CMS para CAP, "Information for Physicians". Además se enviarán avisos a través de los *listserve* dedicados a "CAP" y al *listserv* "Medicare Physician". Usted puede registrarse en servicio *listserve* en el siguiente sitio Web: <https://list.nih.gov/>. Para suscribirse al servicio, por favor haga una búsqueda en ese sitio Web para los siguientes *listserve*s: CMS-CAP-PHYSICIANS-L y PHYSICIANS-L.

CMS también planifica solicitar comentarios sobre el CAP de parte de médicos que actualmente participan del programa y de aquellos que han participado en el pasado, así como también de otras fuentes. CMS está interesado en recibir opiniones del público acerca de una variedad de asuntos, incluyendo, pero no limitado a, las categorías de medicamentos administrados bajo el CAP, las áreas de distribución servidas por el CAP, y los cambios de procedimiento que podrían aumentar la flexibilidad del programa y así atraer a potenciales suplidores y médicos.

Información sobre la manera apropiada para someter comentarios estará disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/>.

Información Adicional

Para información resumida original del Programa CAP, vea el CR4064, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R777CP.pdf>. Existe un artículo MLN relacionado al tema y está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf>.

Para información original sobre el Trasfondo del CAP, vea el CR4309 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R866CP.pdf>. También puede hacer referencia al siguiente artículo MLN relacionado: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf>. Para información original del Trasfondo sobre el proceso de elección de médicos del Programa CAP, refiérase al CR4404 en el siguiente enlace:

Drugs

CAP Training During the Transition

*This fall, CMS will provide guidance and training for participating CAP physicians on how to transition out of the program at the end of the year. This information will be posted at http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp on the CMS CAP 'Information for Physicians' website. Announcements will also be sent via the dedicated CAP *listserve* and the Medicare Physicians *listserv*. *Listserve* registration is available at <https://list.nih.gov/> on the internet. Please search that website for CMS-CAP-PHYSICIANS-L and PHYSICIANS-L in order to subscribe to the *listserve*.*

CMS also plans to seek feedback on the CAP from current and former participating CAP physicians, as well as other parties. CMS is interested in hearing from the public about a range of issues, including, but not limited to, the categories of drugs provided under the CAP, the distribution of areas that are served by the CAP, and procedural changes that may increase the program's flexibility and appeal to potential vendors and physicians.

Information about how to submit comments will be available at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/> on the CMS website.

Additional Information

For original overview information on the CAP, please review CR4064 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R777CP.pdf> and its related article: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4064.pdf> on the CMS website.

For original background information on the CAP, please review CR4309 at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R866CP.pdf> and its related article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4309.pdf> on the CMS website. For

Cont. on next page

Medicamentos

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R932CP.pdf>. Además existe un artículo MLN Matters relacionado que puede evaluar en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf>.

Para información sobre el Trasfondo del proceso de evaluación post pago del CAP, refiérase al CR5546, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1207CP.pdf>. Información adicional sobre el CAP está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/>. Existe información adicional sobre el Suplidor CAP Aprobado en el siguiente enlace de su sitio Web: <http://www.bioscrip.com/> y en el sitio Web CAP de CMS: http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15_Approved_Vendor.asp. Puede encontrar información adicional sobre el contratista CAP designado, NAS, en el siguiente enlace en su página Web: http://www.noridianmedicare.com/cap_drug.

Drugs

the original background information on the CAP physician election process, please review CR4404 at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R932CP.pdf> and its related article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4404.pdf> on the CMS website.

For background information on the CAP post payment review process, please review CR5546 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1207CP.pdf> on the CMS website. Further information about the CAP is available at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/> on the CMS CAP website. Additional information about the Approved CAP Vendor is available on their website at <http://www.bioscrip.com/> and at http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/15_Approved_Vendor.asp on the CMS CAP website. Additional information about the CAP designated carrier, NAS, is available at http://www.noridianmedicare.com/cap_drug on their website.

Pub. SE0833 / mlv rrc

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE MEDICAMENTOS PARTE B DEL PROGRAMA CAP

Este artículo se basó en la petición de cambio (CR) 6053, que provee notificación de que abra una actualización de la lista de medicamentos cubiertos bajo el Programa de Adquisición Competitiva de Medicamentos y Biológicos de Parte B (CAP, según sus siglas en inglés) que entrará en vigor el 1 de julio de 2008. El CR6053 notifica al contratista designado del CAP, contratistas y al MAC de A/B de los procesos necesarios para implementar la lista trimestral de medicamentos del CAP de Parte B vigente el 1 de enero de 2008.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6053.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) QUARTERLY DRUG UPDATE

This article is based on Change Request (CR) 6053, which provides notice that there will be a Part B CAP Quarterly Drug List Update effective July 1, 2008. CR 6053 notifies the CAP designated carrier, carriers, and A/B MACs of the processes necessary for implementing the Part B CAP Quarterly Drug List Update effective July 1, 2008.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6053.pdf> on the CMS website.

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

CR6053/Trans. R1520CP/MM6053 ab

Medicamentos

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL AL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs) y Contratistas de la Parte B por concepto de medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare, y suplidores CAP aprobados que facturan al contratista CAP designado.

Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo se basa en el CR6158, el cual brinda aviso de que habrá una actualización trimestral a la Lista de Medicamentos CAP Cubiertos bajo la Parte B, vigente el 1 de octubre de 2008. Cuando la lista de medicamentos suministrados bajo el CAP de octubre de 2008 esté disponible, será publicada en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp#TopofPage.

Trasfondo

El *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA) de 2003 (Sección 303 (d), y que se encuentra disponible en el sitio Web de CMS (<http://www.cms.hhs.gov/MMAUpdate>)) exigió la implementación de un Programa CAP para medicamentos y biológicos cubiertos bajo la Parte B de Medicare, no pagaderos a base de un sistema de costo o un sistema prospectivo de pago. Comenzando con medicamentos administrados después del 1 de julio de 2006, los médicos tenían la opción de comprar y facturar los medicamentos bajo el sistema de Precio Promedio de Venta (ASP por sus siglas en inglés), u obtener estos medicamentos de suplidores escogidos mediante un proceso de licitación competitiva.

Puntos Clave del CR6158

Drugs

PART B DRUG COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) QUARTERLY DRUG UPDATE

Provider Types Affected

Physicians billing Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) and carriers for Medicare Part B drugs, and approved CAP vendors billing the CAP designated carrier.

What Providers Need to Know

This article is based on Change Request (CR) 6158, which provides notice that there will be a Part B CAP Quarterly Drug List Update effective October 1, 2008. When available, the October 2008 list of drugs supplied under the CAP will be posted at http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios/02_infophys.asp#TopofPage on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

Background

The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) of 2003 (Section 303 (d), which can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MMAUpdate> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website) required the implementation of a CAP for Medicare Part B drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment system basis. Beginning with drugs administered on or after July 1, 2006, physicians were given a choice between buying and billing these drugs under the average sales price (ASP) system, or obtaining these drugs from vendors selected in a competitive bidding process.

Key Points of CR6158

Cont. on next page

Medicamentos

- Se hará una actualización trimestral a la lista de medicamentos CAP vigente el 1 de octubre de 2008.
- Las cantidades de pago para medicamentos añadidos a la lista de medicamentos CAP como resultado de la actualización serán implementados para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de octubre de 2008, de acuerdo al nuevo archivo.

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR6158) enviada a su Contratista A/B MAC de Medicare y su Contratista de la Parte B, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1576CP.pdf>.

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

Para más información sobre el Programa CAP para Medicamentos y Biológicos Cubiertos bajo la Parte B de Medicare, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios>.

Drugs

- A quarterly update of the CAP drug list will become effective on October 1, 2008.
- Payment amounts for drugs added to the CAP drug list as a result of the update will be implemented for claims with dates of service beginning October 1, 2008 per the new file.

Additional Information

To see the official instruction (CR6158) issued to your Medicare A/B MACs and carriers visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1576CP.pdf> on the CMS website.

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

For more information about the Competitive Acquisition for Part B Drugs & Biologicals, refer to <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios> on the CMS website.

Pub. MLN6158/ Trans R1576CP / CR6158 / 10-01-08/ mlv rrc

NUEVAS PRUEBAS DE DISPENSA

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6060. El mismo informa a los contratistas de Medicare que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, según sus siglas en inglés) aprobó nuevas pruebas de dispensa bajo el "Clinical Laboratory Improvement Amendments" del 1988 (CLIA).

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6060.pdf>.

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

NEW WAIVED TESTS

This article is based on Change Request (CR) 6060 which informs Medicare contractors of new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6060.pdf> on the CMS website.

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

CR6060/Trans. R1538CP/MM6060 ab

Medicamentos

REVISIONES AL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) PARA MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que someten reclamaciones los contratistas de la Parte B y los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MAC por sus siglas en inglés) del Programa de Adquisición Competitiva (CAP por sus siglas en inglés) por concepto de medicamentos y biológicos de la Parte B, suministrados a los beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

Vigente para reclamaciones procesadas a partir del 5 de enero de 2009, el CR6124, revisa los sistemas de Medicare para permitir las reclamaciones individuales del Programa de Adquisición Competitiva (CAP) con diferentes números de receta a fin de que no sean denegadas como reclamaciones duplicadas, aunque sean para el mismo paciente, contengan la misma fecha de servicio, y el mismo código HCPCS de medicamento. Esto también aplica a reclamaciones CAP individuales que contienen múltiples líneas, que aparentan ser duplicadas, pero se tienen diferentes números de receta.

Trasfondo

Debido a un error en el sistema, los contratistas de la Parte B y los A/B MACs puede que estén denegando reclamaciones CAP que contienen el mismo nombre de beneficiario, la misma fecha de servicio, y el mismo código de medicamento HCPCS, pero que tienen números de receta diferentes.

A partir del 5 de enero del 2009, el CR6124 instruye a los Contratistas de la Parte B, A/B MACs y el Contratista CAP Designado que deben revisar los éditos de reclamaciones duplicadas a fin de permitir que se consideren reclamaciones CAP separadas con diferentes números de receta como reclamaciones no duplicadas, aún cuando son para el mismo beneficiario, tienen la misma

Drugs

REVISIONS TO THE COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) FOR PART B DRUGS AND BIOLOGICALS

Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare carriers and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for competitive acquisition program (CAP) claims for part B drugs and biologicals provided to Medicare beneficiaries.

What You Need to Know

CR 6124, effective with claims processed on or after January 5, 2009, revises Medicare systems to allow individual Competitive Acquisition Program (CAP) claims with different prescription order numbers to not be denied as duplicate claims though they are for the same patient, contain the same date of service, and contain the same Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) drug code. This will also apply to an individual CAP claim that contains multiple lines that appear to be duplicates except for different prescription order numbers.

Background

Because of a systems error, Medicare carriers and A/B MACs may be denying CAP claims that contain the same beneficiary, date of service, and HCPCS drug code, but have different prescription order numbers.

CR 6124, effective for claims processed on or after January 5, 2009, instructs Medicare carriers, A/B MACs, and the CAP Designated Carrier to revise duplicate claim edits to allow separate CAP claims with different prescription order numbers to be considered as non-duplicative claims even though they are for the same beneficiary, date of service, and HCPCS drug code. This will also apply to

Cont. on next page

Medicamentos

fecha de servicio, y el mismo código de medicamento HCPCS. Esto también aplica a reclamaciones CAP individuales que contienen múltiples líneas, que aparentan ser duplicadas, pero se diferencian por el número de receta. Si usted tiene reclamaciones que fueron denegadas incorrectamente antes del 5 de enero de 2009, su contratista ajustará esas reclamaciones si usted las lleva a su atención.

Información Adicional

Usted puede ver el CR6124 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1577CP.pdf>.

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

Drugs

an individual claim that contains multiple lines that appear to be duplicates except for different prescription order numbers. If you have claims that were incorrectly denied prior to January 5, 2009, your contractor will adjust those claims if you bring them to their attention.

Additional Information

You can view CR 6124 at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1577CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

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

Pub. MLN6124/ Trans R1577CP / CR6124 / 08-15-08/ mlv rrc

PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA (CAP) PARA MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE LA PARTE B, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUPLIDOR APROBADO PARA EL CAP, ELECCIÓN DEL MÉDICO Y ACTUALIZACIÓN DEL PAGO DE DEXTRAN DE HIERRO

Este artículo tiene como base la petición de cambio (CR) 6210. Esta directriz actualiza información referente el número de identificación del suplidor (VIN, según sus siglas en inglés) Q103 en el procesamiento de las reclamaciones del Programa de adquisición competitiva (CAP, según sus siglas en inglés) y otros procesos relacionados. Además, este CR actualiza los procedimientos relacionados a la elección del médico de participar en el CAP. También, instruye sobre el procedimiento para pagar reclamaciones del CAP para suministros de Dextran de Hierro.

Para detalles completos, refiérase al artículo original disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6210.pdf>.

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

COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM (CAP) FOR PART B DRUGS AND BIOLOGICALS VENDOR IDENTIFICATION NUMBER, PHYSICIAN ELECTION, AND IRON DEXTRAN PAYMENT UPDATE

This article is based on Change Request (CR) 6210, which updates instructions regarding Vendor Identification Number (VIN) Q103 in CAP claims processing and other related processes. The CR also updates procedures pertaining to CAP physician election and addresses the procedure for paying CAP claims for Iron Dextran products.

For complete details, please see the original article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6210.pdf> on the CMS website.

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

CR6210/Trans. R3810TN/MM6210 ab

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. Levísticos 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)

VACUNAS DE NEUMOCOCO, INFLUENZA Y HEPATITIS B

Proveedores Afectados

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

Este artículo se basa en el CR6079 y notifica a los proveedores que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) revisaron el formulario CMS-1500 para acomodar espacio para reportar el NPI (*National Provider Identifier*). El formulario CMS-1500 (08-05) vigente no requiere que se reporte el NPI en el caso de reclamaciones de administración de vacunas de influenza y neumococo que se someten en “roster bills”. Por tanto, su Contratista de Medicare NO DEBE devolver reclamaciones como “no procesables” al suplidor/proveedor del servicio cuando el proveedor que rinde el servicio no incluye su NPI en el campo 24J del formulario CMS-1500 cuando se trate de “roster bills”.

Puntos Clave del CR6079

El requisito del número NPI para el proveedor que rinde servicios no aplica a reclamaciones de administración de vacunas de influenza y neumococo sometidas en “roster bills”.

Información Adicional

Si desea ver la instrucción oficial (CR6079) enviada a su Contratista de la Parte B, FI o A/B MAC, acceda el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1586CP.pdf>.

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

PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA, INFLUENZA VIRUS, AND HEPATITIS B VACCINES

Provider Types Affected

Physicians and providers billing Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for services to Medicare beneficiaries.

Impact on Providers

This article is based on Change Request (CR) 6079 and notifies providers that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) revised Form CMS-1500 to accommodate the reporting of the National Provider Identifier (NPI). The current Form CMS 1500 (08-05) does not require reporting the NPI for influenza virus and pneumococcal vaccine claims submitted as roster bills. Therefore your Medicare contractor should NOT return claims as unprocessable to the supplier/provider of service when the rendering provider does not enter his/her NPI into 24J of Form CMS-1500 for influenza virus and pneumococcal vaccine claims submitted as roster bills.

Key Point of CR6079

The requirement of an NPI for the rendering provider does not apply to influenza virus and pneumococcal vaccine claims submitted on roster bills.

Additional Information

To see the official instruction (CR6079) issued to your Medicare FI, carrier, or A/B MAC visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1586CP.pdf> on the CMS website.

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

Pub. MLN6079/ Trans R1586CP / CR6079 / 11-05-08 / mlv rrc

National Provider Identifier (NPI)

IDENTIFICADOR NACIONAL DE PROVEEDORES (NPI) PARA PROVEEDORES SECUNDARIO

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6093 y delinea la necesidad de utilizar el Identificador Nacional de Proveedor (NPI, según sus siglas en inglés) para identificar proveedores secundarios en las reclamaciones de Medicare comenzando el 23 de mayo 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/MM6093.pdf>.

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

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) FOR SECONDARY PROVIDERS

This article is based on CR6093 and outlines the need to use NPIs to identify secondary providers in Medicare claims beginning May 23, 2008.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6093.pdf> on the CMS website.

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

CR6093/Trans. R267PI/MM6093 ab

MEDICARE INFORMA

BOX 71391
SAN JUAN, PR 00936

RETURN SERVICE REQUESTED

PRSR STD
U.S. POSTAGE PAID
SAN JUAN, P.R.
PERMIT NO. 2563