

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Marzo 2008 – Año 14 – Núm. 2

TABLA DE CONTENIDO

RECLAMACIONES

- Precio de venta promedio trimestral de enero 2008 para medicamentos de la Parte B y revisiones a los archivos de precio
- Especificaciones del Editor de Códigos Ambulatorios Integrado (I/OCE), versión 9.0 de enero 2008
- Excepciones al límite de pago de terapias sin el Modificador KX, comenzando el 1 de enero de 2008
- Actualización de enero 2008 del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS)
- Procedimientos para permitir un procesamiento puntual de reclamaciones de mamografía
- Capturando los días de los beneficiarios que pertenecen a un Medicare Advantage
- Uso de los 9 dígitos del código postal para determinar el pago correcto de esa localidad para servicios pagados bajo el Medicare Physician Fee Schedule y para servicios de anestesia
- Actualización de los Códigos de Remesa (RARC) y Ajustes de los Códigos de Razón (CARC)
- Actualización anual 2008 para los Pagos de Bonos en las Áreas con Escasez de Profesionales de Salud (HPSA)
- Reportar niveles de hemoglobina o hematocrito en todas las facturas por la Administración de Agentes de Estimulación de Eritropoyesis (ESAS)
- Precio de venta promedio trimestral de octubre 2007 para medicamentos en la Parte B de Medicare
- Pago de Medicare por servicios relacionados a la pre administración asociados a la administración de IVIG—El pago se extendió para 2008
- Mensaje en el Resumen de Medicare (MSN, en inglés)
- Corrección al CR 5645—Actualización trimestral de julio 2007 de los códigos para Albuterol, Levalbuterol y Reclast®
- Demostración de Medicare para el Episodio de Cuidado Agudo
- Manejo de información personal en el Resumen de Medicare (MSN, en inglés)
- Requisitos para incluir en las reclamaciones un número de 8 dígitos para las pruebas clínicas
- Nuevos modificadores para la facturación del cuidado del paciente en estudios de investigación clínica

TABLE OF CONTENT

CLAIMS

- 5 • January 2008 Quarterly Average Sales Price Medicare Part B Drug Pricing Files and Revisions to Prior Quarterly Pricing Files
- 5 • January 2008 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 9.0
- 5 • Outpatient Therapy Caps Without KX Modifier Exceptions Start January 1, 2008
- 5 • January 2008 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)
- 6 • Interim Procedures to Allow for Timely Processing of Mammography Claims
- 6 • Capturing Days on Which Medicare Beneficiaries are Entitled to Medicare Advantage (MA)
- 6 • Use of 9-Digit ZIP Codes for Determining the Correct Payment Locality for Services Paid Under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and Anesthesia Services
- 6 • Remittance Advice Remark Code (RARC) and Claim Adjustment Reason Code (CARC) Update
- 6 • 2008 Annual Update for the Health Professional Shortage Area (HPSA) Bonus Payment
- 7 • Reporting of Hematocrit or Hemoglobin Levels on All Claims for the Administration of Erythropoiesis Stimulating Agents (ESAS)
- 7 • October 2007 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing Files
- 8 • Medicare Payment for Preadministration-Related Services Associated with IVIG Administration—Payment Extended through CY 2008
- 8 • Medicare Summary Notice (MSN) Message
- 8 • Correction to CR5645-July 2007 Quarterly Update to the HCPCS Codes for Albuterol, Levalbuterol, and Reclast®
- 8 • Medicare Acute Care Episode (ACE) Demonstration
- 8 • Handling Personally Identifiable Information on the Medicare Summary Notice
- 9 • Requirements for Including an 8-Digit Clinical Trial Number on Claims
- 9 • New HCPCS Modifiers when Billing for Patient Care in Clinical Research Studies



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Colaboradores

Ramfis Vélez
Lilyvette Torres



NOTI MEDICARE

NotiMedicare Marzo 2008 – Año 14 – Núm. 2

- Actualización anual 2008 de las tarifas por servicios de laboratorios clínicos sujetas a pago de cargos razonables
- Implantación de cambios para el 2008 en los pagos a las Facilidades Renales
- Revisión a la certificación de servicios de hospital cubiertos por el seguro médico suplementario en los que respecta a los servicios ambulancia
- Modificación al Modelo del Aviso de Redeterminación de Medicare
- Reprocesando ciertas reclamaciones del Sistema de Pagos Prospectivos del Hospital (IPPS)
- El Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)/Datos del Beneficiario de Medicare para Año Fiscal 2008 para el Sistema de Pagos Prospectivos de Hospitalización (IPPS), Las Facilidades de Rehabilitación (IRF) y Hospitales de Cuidado Prolongado (LTCHS)
- Aclaración de requisitos de facturación para las medidas de masa ósea
- Uso del Código V2787 para facturar Lente Intraocular para la corrección de Astigmatismo (A-C IOL) aprobado en centros de cirugía ambulatoria, oficinas de médicos y departamento ambulatorio de hospital
- Prohibidos los números de proveedores que reciben pagos por servicios en la Forma CMS-1500 y CMS-1450 (UB-04)
- Actualización en abril 2008 para el Editor de Códigos de Medicare (MCE) y el agrupador
- Actualización de Códigos de la consejería para dejar el uso del tabaco y cigarrillo
- Modificación de los editajes de pago en el *Common Working File* (CWF) para ver la línea de cargos por servicios en reclamaciones ambulatorias
- Nuevo *Value Code* para indicar pagos adelantos de pacientes
- Información adicional sobre informar un NPI en reclamaciones Medicare
- Resumen de las Políticas para las tarifas de 2008 y los servicios de Telesalud
- Aumento en las tarifas de pago para los Centros de Salud Federales Cualificados (FQHC) y las Clínicas de Salud Rural (RHC)
- Cambio en el requisito de cantidad en controversia para sostener una audiencia ante el Juez Administrativo y las apelaciones en la Corte Federal de Distrito
- Actualización de Emergencia a la Base de datos del Medicare Physician Fee Schedule
- Actualización de los editajes 7284 y 7548 en el Archivo Común de Trabajo
- Extensión de las fechas de servicio para la elegibilidad de los pagos de bonos por áreas de escasez de médicos (PSA, en inglés)
- 2008 Annual Update for Clinical Laboratory Fee Schedule and Laboratory Services Subject to Reasonable Charge Payment
- Implementation of Changes in End Stage Renal Disease (ESRD) Payment for Calendar Year 2008
- Revision to Certification for Hospital Services Covered by the Supplementary Medical Insurance Program as it Pertains to Ambulance Services
- Modification to the Model Medicare Redetermination Notice
- Reprocessing of Certain Hospital Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Claims
- The Supplemental Security Income (SSI)/Medicare Beneficiary Data for Fiscal Year 2006 for Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Hospitals, Inpatient Rehabilitation Facilities (IRFs), and Long Term Care Hospitals (LTCHs)
- Clarification of Bone Mass Measurement (BMM) Billing Requirements
- Use of HCPCS V2787 When Billing Approved Astigmatism-Correcting Intraocular Lens (A-CIOLs) in Ambulatory Surgery Centers (ASCs), Physician Offices, and Hospital Outpatient Departments (HOPDs)
- Medicare Fee for Service Legacy Provider IDs Prohibited on Form CMS-1500 and Form CMS-1450 (UB-04) Claims
- April 2008 Update to the Medicare Code Editor (MCE) and Grouper
- Smoking & Tobacco Use Cessation Counseling Billing Code Update
- Modification of Payment Window Edits in the Common Working File (CWF) to Look at Line Item Dates of Service (LIDOS) on Outpatient Claims
- New Value Code to Report Patient Prior Payments
- Additional Information on Reporting a National Provider Identifier (NPI) for Medicare Claims
- Summary Policies in the 2008 Medicare Physician Fee Schedule and the Telehealth
- Announcement of Medicare Rural Health Clinics (RHCs) and Federally Qualified Health Centers (FQHCs) Payment Rate Increases
- Change in the Amount in Controversy Requirement for Administrative Law Judge Hearings and Federal District Court Appeals
- Emergency Update to the 2008 Medicare Physician Fee Schedule Database
- Update to Common Working File (CWF Edits) 7284 and 7548
- Extension of the Dates of Service Eligible for the Physician Scarcity Area (PSA) Bonus Payment



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Colaboradores

Ramfis Vélez
Lilyvette Torres



NOTI MEDICARE

NotiMedicare Marzo 2008 – Año 14 – Núm. 2

- Cambio legislativo afectará el Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) para el 2008
 - Actualización 2008 de los Requisitos de Facturación para las Facilidades de Rehabilitación Comprehensive Ambulatoria (CORF)
 - Requisitos de facturación por línea de servicio de las facilidades renales para el EPO en reclamaciones ESRD
 - Información revisada sobre la codificación de PET Scan
 - Pruebas e Implantación de los Cambios al Sistema de Pagos de los Centros de Cirugía Ambulatoria
 - Actualización del código de categoría y estatus de la reclamación
 - Ajustes para pagar en el sistema de pagos prospectivos ambulatorios (OPPS) y el sistema de pagos de los centros de cirugía ambulatoria un crédito parcial de dispositivo
 - Actualización del código de categoría y estatus de la reclamación
 - Actualización de las Políticas de Audiología
 - Actualización de enero 2008 del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS) de Hospital
 - Aclaración adicional al Capítulo 17, Sección 40, relacionado con el procesamiento de reclamaciones de drogas con el modificador JW
 - Guías de puntualidad para el procesamiento de otras reclamaciones "no limpias"
 - Actualización de los pagos permitidos por la vacuna de Influenza y otras instrucciones relacionadas con la vacuna de neumococos
 - Aclaración sobre la facturación de la combinación de tres drogas orales anti-eméticas (Aprepitant)
 - Implantación final del NPI para proveedores que reciben pago por servicios (FFS)
 - Especificaciones del editor de códigos integrado (I/OCE) versión 9.1 de abril 2008
- Legislative Change Affecting the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS)
 - Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) Billing Requirement Updates for Fiscal Year (FY) 2008
 - 15 • Renal Dialysis Facility Line Item Billing Requirement for Epoetin Alfa (EPO) Submitted on End Stage Renal Disease (ESRD) Claims 15
 - Revised Information on PET Scan Coding
 - Testing and Implementation of 2008 Ambulatory Surgical Center (ASC) Payment System Changes
 - 16 • Claim Status Category Code and Claim Status Code Update 16
 - Adjustment to Payment under Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) and Ambulatory Surgical Center (ASC) Payment System for Partial Device Credit
 - Claim Status Category Code and Claim Status Code Update
 - Update to Audiology Policies
 - January 2008 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)
 - 17 • Additional Clarification to Chapter 17, Section 40, Regarding Processing of Drug Claims with the JW Modifier 17
 - Timeliness Standards for Processing Other-Than-Clean Claims
 - Payment Allowance Update for the Influenza Virus Vaccine and further Instruction regarding the Pneumococcal Vaccine
 - Clarification on Billing for Oral Three Drug Combination Anti-Emetic (Aprepitant)
 - Medicare Fee for Service (FFS) National Provider Identifier (NPI) Final 18
 - 18 • Implementation 18
 - April 2008 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 9.1

CUBIERTA

- Requisitos de cubierta para los servicios de terapia provistos en una facilidad de cuidado diestro
- Agentes Estimuladores de Eritropoyesis en pacientes con Cáncer y condiciones neoplásicas relacionadas
- Terapia nebulizada con un agonista beta adrenérgico para enfermedades del pulmón

COVERAGE

- Coverage Requirements for Therapy Services Provided in a Skilled Nursing Facility
- Erythropoiesis Stimulating Agents (ESAs) in Cancer and related Neoplastic Conditions
- 19 • Nebulized Beta Adrenergic Agonist Therapy for Lung Diseases 19



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Colaboradores

Ramfis Vélez
Lilyvette Torres



NOTI MEDICARE

NotiMedicare Marzo 2008 – Año 14 – Núm. 2

REEMBOLSO

- Cambios al pagador del Sistema de Pagos Prospectivos de las Facilidades de Rehabilitación de abril 2008
- Instructions to Modify Cost Reporting of IPPS DRG Relative Weights (English only)

REIMURSMENT

- April 2008 Inpatient Rehabilitation Facility (IRF) Prospective Payment System (PPS) Pricer Changes
- Instructions to Modify Cost Reporting of IPPS DRG Relative Weights



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Colaboradores

Ramfis Vélez
Lilyvette Torres



RECLAMACIONES

PRECIO DE VENTA PROMEDIO (ASP) TRIMESTRAL DE ENERO 2008 PARA MEDICAMENTOS DE LA PARTE B Y REVISIONES A LOS ARCHIVOS DE PRECIO

[CR 5852](#)

Desde el 1 de enero de 2005 en adelante, los límites de pago permitido para las drogas y biológicos en la Parte B de Medicare que no son pagados al costo o basados en pagos prospectivos son 106 por ciento del ASP. Comenzando el 1 de enero de 2006, los límites de pago permitido para las drogas ESRD cuando estas son facturadas por separado por facilidades independientes y facilidades ESRD con base en hospital, así como también las drogas específicas cubiertas de forma ambulatoria, y las drogas y biológicos con estatus provisional bajo OPPTS, serán pagadas basadas en el 106 por ciento del ASP. CMS actualizará trimestralmente los límites de pagos permitidos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5852.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL EDITOR DE CÓDIGOS AMBULATORIOS INTEGRADO (I/OCE) VERSIÓN 9.0 DE ENERO 2008

[CR 5865](#)

El Editor de Códigos Ambulatorios Integrado (I/OCE) fue actualizado el 1 de enero de 2008. El I/OCE dirigirá todas las reclamaciones ambulatorias institucionales (incluyendo las reclamaciones de hospitales que no son procesadas bajo el Sistema de Pagos Prospectivos (non-OPPS)) a través de un OCE integrado simple eliminando la necesidad de actualizar, instalar y mantener dos programas OCE separados trimestralmente. Las reclamaciones con fechas de servicio previo al 1 de julio de 2007 serán dirigidas al Programa OCE versión no integrada (OPPS and non-OPPS OCEs) que coincida con la versión vigente para la fecha de servicio de la reclamación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5865.pdf>

EXCEPCIONES AL LÍMITE DE PAGO DE TERAPIAS SIN EL MODIFICADOR KX COMENZANDO EL 1 DE ENERO DE 2008

[CR 5871](#)

Desde el 1 de enero de 2008, los límites de pagos para los servicios de terapia ambulatoria serán \$1810 para los servicios combinados de terapia física y patología del habla y \$1810 para los servicios de terapia ocupacional. Los servicios de terapia ambulatoria médicamente necesarios serán excluidos de este límite.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5871.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE ENERO 2008 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS)

[CR 5912](#)

La actualización del OPPTS implementada desde enero 2008 incluye cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pagos. Esto afecta al capítulo 4, secciones: 10, 20, 30, 50, 61, 70, 130, 160, 190, 200, 230, y 290; Capítulo 16, sección 40.3; y capítulo 17, sección 90.2. CMS está reorganizando o eliminando información en estas secciones. Estas revisiones al Manual serán publicadas en el futuro por CMS, a través de un CR. El Editor de Códigos Ambulatorios Integrado (I/OCE) y el *OPPS Pricer* para enero 2008 reflejarán los cambios en HCPCS, APC, modificadores de HCPCS, añadirán *Revenue Codes* e identificarán cambios y eliminaciones en esta notificación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5912.pdf>

CLAIMS

JANUARY 2008 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES AND REVISIONS TO PRIOR QUARTERLY PRICING FILES

[CR 5852](#)

Beginning January 1, 2005, in general, the payment allowance limits for Medicare Part B drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis are 106 percent of the ASP. Beginning January 1, 2006, in general, the payment allowance limits for ESRD drugs when separately billed by freestanding and hospital-based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPTS, will be paid based on 106 percent of the ASP. CMS will update the payment allowance limits quarterly.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5852.pdf>

JANUARY 2008 INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (I/OCE) SPECIFICATIONS VERSION 9.0

[CR 5865](#)

The Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) was updated for January 1, 2008. The I/OCE routes all institutional outpatient claims (which includes non-OPPS hospital claims) through a single integrated OCE eliminating the need to update, install, and maintain two separate OCE software packages on a quarterly basis. Claims with dates of service prior to July 1, 2007 should be routed through the non-integrated versions of the OCE software (OPPS and non-OPPS OCEs) that coincide with the versions in effect for the date of service on the claim.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5865.pdf>

OUTPATIENT THERAPY CAPS WITHOUT KX MODIFIER EXCEPTIONS START JANUARY 1, 2008

[CR 5871](#)

On January 1, 2008, the financial limits on outpatient therapy services will be \$1810 for physical therapy and speech-language pathology services combined and \$1810 for occupational therapy services. Medically necessary outpatient therapy services will be excluded from caps.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5871.pdf>

JANUARY 2008 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)

[CR 5912](#)

This Update Notification describes changes to and billing instructions for various payment policies implemented in the January 2008 OPPTS update. It affects Chapter 4, Sections: 10, 20, 30, 50, 61, 70, 130, 160, 190, 200, 230, and 290; Chapter 16, Section 40.3; and Chapter 17, Section 90.2. CMS is reorganizing or deleting information in these sections. These manual revisions will be released in a future CR. The January 2008 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) and OPPTS Pricer will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), HCPCS Modifier, and Revenue Code additions, changes, and deletions identified in this notification.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5912.pdf>

PROCEDIMIENTOS PARA PERMITIR UN PROCESAMIENTO PUNTUAL DE RECLAMACIONES DE MAMOGRAFÍA

JSM 08161

CMS está trabajando en la implementación de un proceso automático para subir información (upload) que permita una reducción en el tiempo de procesamiento. Mientras tanto, los contratistas sugieren a los proveedores que retengan sus reclamaciones de mamografía por siete (7) días laborales, para permitir que cualquier cambio en los datos de certificación sea subido correctamente. Después de estos siete (7) días, los proveedores pueden someter sus reclamaciones para pago. Los contratistas tendrán toda la información sobre la certificación de MQSA entrada en FISS (*uploaded*) dentro del plazo de los 7 días cuando baja el archivo de CMS. Cuando se implemente el proceso automatizado para subir (*uploads*) los datos de certificación, los proveedores pueden descontinuar de retener estas reclamaciones.

CAPTURANDO LOS DÍAS DE LOS BENEFICIARIOS QUE PERTENECEN A UN MEDICARE ADVANTAGE[CR 5647](#)

A la fecha de implantación de esta instrucción, los hospitales (esto incluye; a los hospitales con un sistema de pagos prospectivos (IPPS), a las facilidades de rehabilitación (IRF), y a los hospitales de cuidado prolongado (LTCH)) se les ha requerido someter facturas informativas solamente a su contratista de Medicare, de los beneficiarios de MA que tratan, con el fin de que estos días sean capturados en los cálculos de DSH (o LIP para IRF).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5647.pdf>

USO DE LOS 9 DÍGITOS DEL CÓDIGO POSTAL PARA DETERMINAR EL PAGO CORRECTO DE ESA LOCALIDAD PARA SERVICIOS PAGADOS BAJO EL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE Y PARA SERVICIOS DE ANESTESIA[CR 5208](#)

Los contratistas de Medicare requerirán que sometan los 9 dígitos del Código Postal (*Zip Code*) para los servicios pagados bajo el *Medicare Physician Fee Schedule* y anestesia, cuando son provistos en un área que tenga un *Zip Code* que tenga más de una localidad de pago. Todos los *carriers*, intermediarios fiscales y sus sistemas requerirán cambios para aceptar la revisión de estos códigos postales.

Esta instrucción se implementará con los cambios de programación de sistemas (*releases*) de Julio y Octubre 2007. Las fases del diseño y análisis para los cambios de archivos de *Zip Code* deben ser implantados con el *release* de Julio 2007 y los códigos, pruebas y fases de implantación deberán ser establecidos con el *release* de Octubre.

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE REMESA (RARC) Y AJUSTES DE LOS CÓDIGOS DE RAZÓN (CARC)[CR 5942](#)

En este cambio, CMS ordena a los contratistas y a los Mantenedores del Sistema Compartido que actualicen los códigos de remesa (Remark Codes) y los códigos de razón utilizados en la remesa electrónica y de papel. También ordena a los VIPs a actualizar la base de datos de los códigos a ser utilizados por el Programa- *Medicare Remit Easy Print* (MREP).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5942.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL 2008 PARA LOS PAGOS DE BONOS EN LAS ÁREAS CON ESCASEZ DE PROFESIONALES DE SALUD (HPSA)[CR 5698](#)

El Acta de Modernización de Medicare de 2003 decretó una actualización anual para los archivos de pago automático de HPSA. Los Centros de Servi-

INTERIM PROCEDURES TO ALLOW FOR TIMELY PROCESSING OF MAMMOGRAPHY CLAIMS

JSM 08161

The CMS is currently working on implementing an automatic upload process to allow for reduced processing time, however in the meantime, contractors may suggest that providers hold their mammography claims for seven (7) business days to allow for any changes in certification data to be uploaded accordingly. After the (7) seven business day hold, providers may submit their claims for payment. Contractors shall have all MQSA certification information uploaded into FISS within 7 days of downloading the file from CMS. Upon implementation of the automated process for certification data uploads, providers may discontinue holding these claims.

CAPTURING DAYS ON WHICH MEDICARE BENEFICIARIES ARE ENTITLED TO MEDICARE ADVANTAGE (MA)[CR 5647](#)

As of the implementation date of this instruction, hospitals (this includes IPPS hospitals, IRFs, and Long Term Care Hospitals (LTCH)) are required to submit informational only bills to their Medicare contractor for the MA beneficiaries they treat, in order for these days to be captured in the DSH (or LIP for IRF) calculations.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5647.pdf>

USE OF 9-DIGIT ZIP CODES FOR DETERMINING THE CORRECT PAYMENT LOCALITY FOR SERVICES PAID UNDER THE MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) AND ANESTHESIA SERVICES[CR 5208](#)

Medicare contractors will require the submission of 9-digit ZIP codes for services paid under the MPFS and anesthesia services when provided in a ZIP code area that falls into more than one payment locality. All carriers, fiscal intermediaries, and their standard systems will require changes to accept a revised ZIP code file layout.

This instruction shall be implemented over the July and October 2007 releases. The design and analysis phases for the ZIP Code file changes shall be implemented with the July 2007 release and the coding, testing, and implementation phases shall be implemented with the October release.

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE (RARC) AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE (CARC) UPDATE[CR 5942](#)

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5942.pdf>

2008 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENT[CR 5698](#)

The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 mandated an annual update to the automated HPSA bonus payment files,

cios Medicare y Medicaid (CMS) crean anualmente estos nuevos archivos de pagos de bonos automáticos de HPSA. El archivo de pago de HPSA para 2008 será utilizado para el pago automático de bono de las reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008. Los médicos y proveedores deben revisar el website de CMS para determinar si el bono de HPSA será pagado automáticamente para los servicios provistos en su área de código postal o si debe ser sometido con un modificador.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5698.pdf>

REPORTAR LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA O HEMATOCRITO EN TODAS LAS FACTURAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE AGENTES DE ESTIMULACIÓN DE ERITROPOYESIS

[CR 5699](#)

Efectivo para los servicios después del 1 de enero de 2008, deben ser informados los niveles más recientes de hemoglobina o de hematocrito en cualquier reclamación de un paciente de Medicare que reciba: (1) una administración de los agentes de estimulación de eritropoiesis (ESA), o (2) drogas anti-anemia de la parte B, con excepción de las utilizadas en el tratamiento de cáncer que no son auto-administrables. Además, las reclamaciones con la administración de ESA de facilidades no renales deben también contener uno de los tres nuevos modificadores de HCPCS, efectivo el 1 de enero de 2008.

El no indicar esta información resultará en la devolución de su reclamación como no procesada. (Note: las facilidades renales de diálisis ya están indicando esta información en las reclamaciones del tipo 72X, así que las instrucciones en el CR5699 aplican a los proveedores que facturan con los demás tipos de factura).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5699.pdf>

PRECIO DE VENTA PROMEDIO TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2007 PARA MEDICAMENTOS EN LA PARTE B DE MEDICARE

[CR 5710](#)

La sección 303(c) del Acta de Modernización de Medicare (MMA) del 2003 revisa la metodología de pago por medicamentos cubiertos por la Parte B que no son pagados a base de costo o basados en el sistema de pagos prospectivos. Desde el 1 de enero de 2005, las drogas y biológicos que no son pagados basados en costo o en el sistema de pagos prospectivos serán pagados según la metodología del precio de venta promedio. Además, para el 2006 todos los medicamentos para pacientes renales provistos por facilidades independientes o con base en hospital, así como también medicamentos específicos que son cubiertos de forma ambulatoria y las drogas y biológicos con estatus provisional en el sistema de pagos prospectivos, serán pagados basados en la metodología de precio de venta promedio. La metodología del precio de venta promedio está basada en unos datos trimestrales sometidos a CMS por los fabricantes. Trimestralmente, CMS enviará a los contratistas los archivos de precios de venta promedio para los medicamentos cubiertos en la Parte B.

Para el 2007, una tarifa separada de \$0.152 por I.U. del factor de coagulación de sangre es pagadera cuando se realiza el pago separado para el factor de coagulación de sangre. La tarifa provista será incluida en la cantidad de pago de los precios de archivo trimestral del ASP.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5710.pdf>

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5698.pdf>

REPORTING OF HEMATOCRIT OR HEMOGLOBIN LEVELS ON ALL CLAIMS FOR THE ADMINISTRATION OF ERYTHROPOIESIS STIMULATING AGENTS (ESAS)

[CR 5699](#)

Effective for services on or after January 1, 2008, the most recent hemoglobin or hematocrit levels should be reported on any claim for a Medicare patient receiving: (1) ESA administrations, or (2) Part B anti-anemia drugs other than ESAs used in the treatment of cancer that are not self-administered. In addition, non-ESRD claims for the administration of ESAs must also contain one of three new Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) modifiers effective January 1, 2008.

Failure to report this information will result in your claim being returned as unprocessed. (Note that renal dialysis facilities are already reporting this information on claim types 72X, so CR5699 applies to providers billing with other types of bills.)

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5699.pdf>

OCTOBER 2007 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES

[CR 5710](#)

Section 303(c) of the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA) revised the payment methodology for Part B covered drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis. Per the MMA, beginning January 1, 2005, the vast majority of drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis will be paid based on the average sales price (ASP) methodology. Pricing for compounded drugs is performed by the local contractor. Additionally, beginning in 2006, all ESRD drugs furnished by both independent and hospital-based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the Outpatient Prospective Payment System (OPPS), will be paid based on the ASP methodology. The ASP methodology is based on quarterly data submitted to CMS by manufacturers. CMS will supply contractors with the ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs on a quarterly basis.

For 2007, a separate fee of \$0.152 per I.U. of blood clotting factor furnished is payable when separate payment for the blood clotting factor is made. The furnishing fee will be included in the payment amounts on the quarterly ASP pricing files.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5710.pdf>

PAGO DE MEDICARE POR SERVICIOS RELACIONADOS A LA PRE-ADMINISTRACIÓN ASOCIADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE IVIG-EL PAGO SE EXTENDIÓ PARA TODO EL 2008

[CR 5713](#)

El código **G0332- Preadministration-Related Services for Intravenous Infusion of Immunoglobulin (IVIG)**, (este servicio debe ser facturado en unión con la administración de inmunoglobulina), se utilizará para facturar este servicio. El servicio puede ser facturado solamente una vez por paciente por día de la administración, por el médico o por el departamento ambulatorio del hospital que suplió la infusión. Para servicios después del 1 de enero de 2008, el servicio debe ser facturado en la misma reclamación del producto IVIG (J1566, J1568, J1569, J1561 y/o J1572) y tener la misma fecha de servicio para el producto IVIG y el servicio de administración de la droga. Este pago por el servicio de pre-administración es uno adicional a los pagos que Medicare hace al médico o al hospital por el producto de IVIG y por la administración del producto de IVIG vía infusión intravenosa.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5713.pdf>

MENSAJE EN EL RESUMEN DE MEDICARE (MSN EN INGLÉS)

[CR 5722](#)

El mensaje actual instruye a los beneficiarios a comparar su MSN con la factura del proveedor. Este mensaje ha sido revisado para notificar a los beneficiarios que podrían necesitar pagar a su proveedor antes de recibir su MSN. Esta información estará impresa en el MSN indefinidamente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5722.pdf>

CORRECCIÓN AL CR 5645-ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2007 DE LOS CÓDIGOS PARA ALBUTEROL, LEVALBUTEROL Y RECLAST®

[CR 5735](#)

Esta instrucción describe el proceso para actualizar unos códigos HCPCS específicos. Los siguientes códigos serán efectivos el 1 de julio de 2007: Q4093, Q4094, y Q4095. Los siguientes códigos ya no serán pagados por Medicare efectivo el 1 de julio de 2007: J7611, J7612, J7613, y J7614. El código J3487 continuará en uso para el Zometa®.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5735.pdf>

DEMOSTRACIÓN DE MEDICARE PARA EL EPISODIO DE CUIDADO AGUDO

[CR 5767](#)

Esta notificación contiene las instrucciones para el procesamiento de reclamaciones y los cambios al sistema estándar y al archivo de trabajo común (CWF) requeridos a los contratistas (Intermediarios, Carriers y MACs) para procesar y pagar por los episodios de cuidado agudo hospitalizado bajo esta demostración de pago global. Además del pago global para hospitales, esta instrucción incluye los requisitos que evitan los pagos duplicados en las reclamaciones del médico que deben ser cubiertas bajo el pago global.

MANEJO DE INFORMACIÓN PERSONAL EN EL RESUMEN DE MEDICARE

[CR 5770](#)

El propósito de esta notificación es (1) proveer a los contratistas instrucciones sobre cómo manejar las reclamaciones cuando el número de identificación del beneficiario y el nombre no parean, y (2) eliminar el número de identificación del beneficiario del Resumen de Medicare. Cuando el número de identificación y el nombre del beneficiario no parean en la factura sometida, los contratistas de Medicare devolverán la reclama-

MEDICARE PAYMENT FOR PREADMINISTRATION-RELATED SERVICES ASSOCIATED WITH IVIG ADMINISTRATION—PAYMENT EXTENDED THROUGH CY 2008

[CR 5713](#)

HCPCS code **G0332** – Pre administration-Related Services for Intravenous Infusion of Immunoglobulin, (this service is to be billed in conjunction with administration of immunoglobulin), will be used to bill for this service. This IVIG pre administration service can be billed by the physician or outpatient hospital providing the IVIG infusion only once per patient per day of IVIG administration. For services on or after January 1, 2008, the service must be billed on the same claim form as the IVIG product ([J1566, J1568, J1569, J1561 and/or J1572](#)) and have the same date of service as the IVIG product and a drug administration service. This IVIG pre-administration service payment is in addition to Medicare's payments to the physician or hospital for the IVIG product itself and for administration of the IVIG product via intravenous infusion.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5713.pdf>

MEDICARE SUMMARY NOTICE (MSN) MESSAGE

[CR 5722](#)

The current message instructs beneficiaries to compare their MSN to their provider bill. It is revised to notify beneficiaries that they may need to pay their provider before receiving their MSN. This General Information message will be printed on the MSN indefinitely.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5722.pdf>

CORRECTION TO CR5645-JULY 2007 QUARTERLY UPDATE TO THE HCPCS CODES FOR ALBUTEROL, LEVALBUTEROL, AND RECLAST®

[CR 5735](#)

This instruction describes the process for updating specific HCPCS codes. The following HCPCS codes are effective July 1, 2007: Q4093, Q4094, and Q4095. The following HCPCS code will no longer be payable by Medicare, effective July 1, 2007: J7611, J7612, J7613, and J7614. Code J3487 continues in use for Zometa®

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5735.pdf>

MEDICARE ACUTE CARE EPISODE (ACE) DEMONSTRATION

[CR 5767](#)

This Notification contains claims processing instructions and the standard system and CWF changes required for contractors (Fiscal Intermediaries, Carriers and A/BMACs) to process and pay for acute inpatient episodes of care under this global payment demonstration. In addition to paying a global payment to hospitals, this instruction includes requirements that will prevent duplicate payment of physician claims that should be covered under the global payment.

HANDLING PERSONALLY IDENTIFIABLE INFORMATION ON THE MEDICARE SUMMARY NOTICE

[CR 5770](#)

The purpose of this notification is to (1) Provide instructions to contractors regarding how to handle claims when the beneficiary's health insurance claim number (HICN) and name do not match, and (2) Eliminate identification of the beneficiary's HICN on the Medicare Summary Notice. When the Health Insurance Claim Number (HICN) and name of the beneficiary do not match on the submitted claim, Medicare contractors will return the

ción al proveedor como no procesable. Cuando los proveedores no institucionales sometan reclamaciones a los contratistas de Medicare que no resulten en un pareo de nombre y número, la factura será devuelta con el *reason code* 140 (*Patient/Insured health identification number and name do not match*).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5770.pdf>

REQUISITOS PARA INCLUIR EN LAS RECLAMACIONES UN NÚMERO DE 8 DÍGITOS PARA LAS PRUEBAS CLÍNICAS

[CR 5790](#)

Los sistemas de los contratistas de Medicare y varios de los expedientes de reclamaciones serán modificados para acomodar un número de 8 dígitos para pruebas clínicas. El informar este número es voluntario. Las reclamaciones sometidas sin el número de pruebas clínicas serán pagadas igual que las reclamaciones que contienen el número. Por lo tanto, los contratistas no deben procesar automáticamente estas reclamaciones sin el número como devueltas al proveedor y no procesables. CMS espera que dentro de un plazo de 90 días desde la publicación de esta instrucción, los contratistas instruyan a los proveedores sobre los métodos apropiados de facturación a utilizar y animarlos a que participen voluntariamente.

Además, los contratistas deben estar enterados de los nuevos modificadores para distinguir entre los asuntos y servicios de pruebas de investigación clínicas y los de rutina, efectivos para fechas de servicio después del 1 de enero de 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5790.pdf>

NUEVOS MODIFICADORES PARA LA FACTURACIÓN DEL CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

[CR 5805](#)

CMS ha discontinuado los modificadores QA, QR, y QV y ha creado el Q0 y Q1 para identificar los servicios de investigación y los de rutina provistos durante estudios de investigación clínica aprobados por Medicare. Estos dos nuevos modificadores serán incluidos en la actualización anual de códigos 2008. El cambio solicitado debe ser implantado no más tarde del 7 de abril de 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5805.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL 2008 DE LAS TARIFAS POR SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS SUJETAS A PAGO DE CARGOS RAZONABLES

[CR 5813](#)

Esta notificación de actualización provee las instrucciones específicas relacionadas con:

- las tarifas y los servicios de laboratorio clínico del año 2008 sujetos al pago de cargos razonables;
- traza los nuevos códigos para las pruebas de laboratorios clínicos; y
- los costos de laboratorio sujetos a los pagos de cargos razonables.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5813.pdf>

IMPLANTACIÓN DE CAMBIOS PARA EL 2008 EN LOS PAGOS A LAS FACILIDADES RENALES

[CR 5827](#)

Esta instrucción provee información sobre la actualización y los cambios en pagos para las facilidades renales. Estos incluyen: 1) aumento al ajuste

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5770.pdf>

REQUIREMENTS FOR INCLUDING AN 8-DIGIT CLINICAL TRIAL NUMBER ON CLAIMS

[CR 5790](#)

Medicare contractor systems and various claims records shall be modified to accommodate an 8-digit clinical trial number. As reporting this number is voluntary, claims submitted without the clinical trial number will be paid the same as claims containing a number. Therefore, contractors shall not automatically process claims without a number as return-to-provider/return as unprocessable. CMS expects that within 90 days of publication of this instruction, contractors will have instructed providers and suppliers on the proper billing methods to use and encouraged them to voluntarily participate.

In addition, contractors shall be aware of new modifiers to differentiate between routine and investigational clinical trial items and services effective with dates of service on and after January 1, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5790.pdf>

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

[CR 5805](#)

CMS is discontinuing the QA, QR, and QV HCPCS modifiers and creating Q0 and Q1 to identify investigational and routine clinical services provided in a clinical research study approved by Medicare. These two new modifiers will be included in the 2008 Annual HCPCS Update. The CR is to be implemented no later than April 7, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5805.pdf>

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

[CR 5813](#)

This update notification provides specific instructions regarding to:

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5813.pdf>

IMPLEMENTATION OF CHANGES IN END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) PAYMENT FOR CALENDAR YEAR 2008

[CR 5827](#)

This instruction provides information on the update to the changes to payment to ESRD facilities. They include: 1) a growth update to the drug add-on

añadido de los medicamentos en la tarifa compuesta; y 2) una actualización a los ajustes del índice de salario para reflejar datos actuales, incluyendo un ajuste por concepto de neutralidad de presupuesto.

Esta solicitud de cambio también aclara las instrucciones para el cálculo de peso para los pacientes en diálisis con dos amputaciones.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5827.pdf>

REVISIÓN A LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITAL CUBIERTOS POR EL SEGURO MÉDICO SUPLEMENTARIO EN LO QUE RESPECTA A LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA

[CR 5833](#)

Este artículo está basado en el cambio de CMS-CR5833, el cual actualiza la sección 20 del capítulo 4 del Manual de Inscripción, Elegibilidad e Información General de Medicare, respecto a los requisitos de Certificación Médica para todos los proveedores de ambulancia. El CR5833 elimina de la sección del manual el párrafo que requiere una certificación de un médico por los servicios de ambulancia provistos por un hospital para transportar un paciente durante una situación de emergencia, tal como el transporte desde la escena de un accidente.

Un artículo de proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5833.pdf>

MODIFICACIÓN AL MODELO DEL AVISO DE REDETERMINACIÓN DE MEDICARE

[CR 5836](#)

El propósito de esta instrucción es modificar la Forma de Solicitud de Reconsideración incluida con el modelo de Notificación de Redeterminación de Medicare (para redeterminaciones parcial o completamente desfavorables).

REPROCESANDO CIERTAS RECLAMACIONES DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVO DE HOSPITAL (IPPS)

[CR 5845](#)

Los DRG de transferencias para el cuidado post agudo, los cuales deben recibir un pago especial, están recibiendo un error en el pago. CMS ha corregido este error dentro del pagador IPPS. CMS también ha realizado cambios en algunos índices de salario basado en la corrección del 10 de octubre de 2007 a la regla final de tarifas de IPPS para el 2008 y una segunda corrección que fue publicada en el *Federal Register* el 6 de noviembre de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5845.pdf>

EL INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIA (SSI)/DATOS DEL BENEFICIARIO DE MEDICARE PARA EL AÑO FISCAL 2006 PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN (IPPS), LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN (IRF) Y HOSPITALES DE CUIDADO PROLONGADO (LTCHS)

[CR 5846](#)

Esta información provee los datos actualizados para determinar el pago adicional a los Hospitales (IPPS) y a las Facilidades de Rehabilitación (IRF) por concepto de servicios ofrecidos a pacientes de bajos ingresos.

Esto es realizado haciendo ajustes a las tarifas de pagos prospectivos. La información de SSI es actualizada sobre una base anual. Esta información es uno de los componentes utilizados para determinar un ajuste apropiado para el por ciento de bajo ingreso. Si necesita información adicional sobre este asunto, por favor comuníquese por e-mail a Director de Reembolso.

adjustment to the composite rate; and 2) an update to the wage index adjustments to reflect current wage data, including a revised budget neutrality adjustment.

This change request also clarifies the weight calculation instructions for double amputee dialysis patients.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5827.pdf>

REVISION TO CERTIFICATION FOR HOSPITAL SERVICES COVERED BY THE SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE PROGRAM AS IT PERTAINS TO AMBULANCE SERVICES

[CR 5833](#)

The article is based on Change Request (CR) 5833, which updates the Section 20 of Chapter 4 of the Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual as it pertains to Physician Certification Statement requirements for all ambulance providers. CR5833 deletes from that manual section the paragraph that requires a physician certification of ambulance services provided by a hospital to transport a patient during an emergency situation, such as transport from the scene of an accident.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5833.pdf>

MODIFICATION TO THE MODEL MEDICARE REDETERMINATION NOTICE

[CR 5836](#)

The purpose of this instruction is to modify the Reconsideration Request Form included with the model Medicare Redetermination Notice (for partly or fully unfavorable redeterminations).

REPROCESSING OF CERTAIN HOSPITAL INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS) CLAIMS

[CR 5845](#)

The post acute care transfer DRGs which should receive a special pay transfer payment are receiving an error in payment. CMS has corrected this error within the IPPS Pricer. CMS has also made changes to a few wage indices based on the October 10, 2007 correction notice to the FY 2008 IPPS final rule and a second correction notice that was published in the Federal Register on November 6, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5845.pdf>

THE SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)/MEDICARE BENEFICIARY DATA FOR FISCAL YEAR 2006 FOR INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS) HOSPITALS, INPATIENT REHABILITATION FACILITIES (IRFS), AND LONG TERM CARE HOSPITALS (LTCHS)

[CR 5846](#)

The information provides updated data for determining additional payment amounts for IPPS hospitals and Inpatient Rehabilitation hospitals with a disproportionate share of low-income patients.

This is done by making adjustments to the prospective payment rate. The SSI data is updated on an annual basis and these data are one of the components used to determine an appropriate low-income percentage adjustment.

Should you need any clarification on this matter, please email Reimbursement Director.

ACLARACIÓN DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LAS MEDIDAS DE MASA ÓSEA[CR 5847](#)

La siguiente información aclara las instrucciones para el procesamiento de reclamaciones debido al cambio de CMS CR5521, para permitir que los códigos de procedimiento para las medidas de masa ósea (BMM) con excepción del código 77080 (es decir, 76977, 77078, 77079, 77081, 77083, y G0130) sean pagados aunque las reclamaciones para tales servicios indiquen un código de cernimiento y un código de osteoporosis. Bajo el cambio solicitado 5521, las reclamaciones para los códigos de procedimiento con excepción del CPT 77080 que indican un código de cernimiento diagnóstico y un código de osteoporosis han sido denegados incorrectamente, contrario al intento original de la instrucción. La política de beneficios para las medidas de masa ósea (BMM) no ha cambiado.

USO DEL CÓDIGO V2787 PARA FACTURARLENTE INTRAOCULAR PARA LA CORRECCIÓN DE ASTIGMATISMO (A-C IOL) APROBADO EN CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA, OFICINAS DE MÉDICO, Y DEPARTAMENTO AMBULATORIO DE HOSPITAL[CR 5853](#)

Efectivo para fechas de servicio del 1 de enero de 2008 en adelante, cuando una inserción es aprobada para un lente intraocular (A-C; *anterior chamber*) en un centro de cirugía ambulatoria, departamento ambulatorio de hospital, u oficina de médico, el código **V2787** debe ser facturado para indicar los cargos no cubiertos por la funcionalidad del A-C IOL del lente intraocular insertado. Además, note que el código **V2788** ya no será válido para indicar los cargos no cubiertos asociados con el lente intraocular (A-C; *anterior chamber*) para la corrección de astigmatismo. Sin embargo, este código continuará válido para indicar los cargos no cubiertos del lente intraocular (P-C; *posterior chamber*) para la corrección de astigmatismo. También, para las oficinas de médico continuará el código V2632 para el pago de la funcionalidad de lente intraocular convencional para la corrección de astigmatismo. El pago de la porción de lente convencional intraocular para la corrección de astigmatismo continúa unido al pago por el procedimiento en la facilidad de los centros de cirugía ambulatoria y departamento ambulatorio de hospital.

PROHIBIDOS LOS NÚMEROS DE PROVEEDORES QUE RECIBEN PAGOS POR SERVICIOS EN LA FORMA CMS-1500 Y CMS-1450 (UB-04)[CR 5858](#)

Los contratistas de Medicare Pago Servicios, no deben indicar el número de proveedor en las Formas CMS-1500 y CMS-1450 (UB-04). Las reclamaciones que contengan los números de proveedor serán devueltas sin derecho apelación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5858.pdf>

ACTUALIZACIÓN EN ABRIL 2008 PARA EL EDITOR DE CÓDIGOS DE MEDICARE (MCE) Y EL AGRUPADOR[CR 5876](#)

Esta instrucción presenta la necesidad de una actualización en abril 2008 para el agrupador y el editor de códigos, debido a la inclusión del código 70 para el estatus del paciente. El nuevo estatus de alta del paciente, código 70 es definido como "*Discharges or Transfers to Other Types of Health Care Institutions not defined elsewhere in the UB-04 (CMS-1450) Manual Code List*".

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5876.pdf>

CLARIFICATION OF BONE MASS MEASUREMENT (BMM) BILLING REQUIREMENTS[CR 5847](#)

The following information clarifies the claims processing instructions contained in CR 5521 to allow BMM procedure codes other than CPT code 77080 (i.e., 76977, 77078, 77079, 77081, 77083, and G0130) to be paid even though claims for such services report both a screening diagnosis code and an osteoporosis code. Under CR 5521, claims for procedure codes other than CPT code 77080 reporting both a screening diagnosis code and an osteoporosis code have been inappropriately denied contrary to the original intent of the instruction. The BMM benefit policy is not changing.

USE OF HCPCS V2787 WHEN BILLING APPROVED ASTIGMATISM-CORRECTING INTRAOCULAR LENS (A-CIOLS) IN AMBULATORY SURGERY CENTERS (ASCS), PHYSICIAN OFFICES, AND HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENTS (HOPDS)[CR 5853](#)

Effective for dates of service January 1, 2008 and later, when inserting an approved A-C IOL in an ASC, HOPD, or physician office, **V2787** should be billed to report the non-covered charges for the A-C IOL functionality of the inserted intraocular lens. Additionally, note that V2788 is no longer valid to report non-covered charges associated with the A-C IOL. However, this code continues to be valid to report non-covered charges of a P-C IOL. Also, physician offices will continue to bill V2632 for the payable conventional IOL functionality of the A-C IOL. The payment for the conventional lens portion of the A-C IOL lens continues to be bundled with the facility procedure payment for ASCs and HOPDs.

**MEDICARE FEE FOR SERVICE LEGACY PROVIDER IDS PROHIBITED ON FORM CMS-1500 AND FORM CMS-1450 (UB-04) CLAIMS**[CR 5858](#)

Medicare Fee for Service contractors shall not report Medicare legacy provider identification numbers on Form CMS-1500 and Form CMS-1450 (UB-04) claims. Claims containing legacy provider identification numbers will be returned without appeal rights.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5858.pdf>

APRIL 2008 UPDATE TO THE MEDICARE CODE EDITOR (MCE) AND GROUPER[CR 5876](#)

This instruction addresses the need for an April 2008 update to Grouper and MCE, due to the addition of patient status code 70. The new Patient Status Discharge Code 70 is defined as "*Discharges or Transfers to Other Types of Health Care Institutions not defined elsewhere in the UB-04 (CMS-1450) Manual Code List*".

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5876.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE CÓDIGOS DE LA CONSEJERÍA PARA DEJAR EL USO DEL TABACO Y CIGARRILLO[CR 5878](#)

El Manual para el Procesamiento de Reclamaciones ha sido actualizado para reflejar dos nuevos códigos CPT en la base de datos de tarifas para el 2008. Estos reemplazarán los dos códigos G utilizados en reclamaciones con el servicio de consejería para dejar el uso del tabaco y cigarrillo.

Los dos nuevos códigos para el servicio de consejería para dejar el uso del tabaco y cigarrillo son:

99406 reemplaza el G0375
99407 reemplaza el G0376

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5878.pdf>

MODIFICACIÓN DE LOS EDITAJES DE PAGO EN EL COMMON WORKING FILE (CWF) PARA VER LA LÍNEA DE CARGOS POR SERVICIOS EN RECLAMACIONES AMBULATORIAS[CR 5880](#)

Los editajes de pago en el CWF serán modificados para ver la línea de cargo por servicio en la factura ambulatoria del paciente. Actualmente, el CWF ve la fecha de servicios de la reclamación ambulatoria. Esto permitirá a los hospitales separar y recibir el reembolso por los servicios previos a la ventana de pago. Esta instrucción también añade algunos *revenue codes* de diagnóstico que faltaban en el manual de Internet y modificará el *revenue code* de cardiología relacionado con esta política.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5880.pdf>

NUEVO VALUE CODE PARA INDICAR PAGOS ADELANTOS DE PACIENTES[CR 5882](#)

Esta instrucción implanta un nuevo *value code* para informar los pagos previos realizados por pacientes.

Con la implantación de la UB-04, el Comité Nacional de la Facturación Uniforme (NUBC) eliminó "paciente" de la localidad (FL) 54. La localidad 54 es ahora utilizada para informar los pagos previos del paciente. A fin de permitir que los proveedores de Medicare continúen informando los pagos previos de pacientes, CMS solicitó que un *value code* sea creado por la NUBC.

El siguiente *value code* ahora será utilizado para informar los pagos previos de pacientes: *value code FC – Patient Prior Payment*.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5882.pdf>

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE INFORMAR UN NPI EN RECLAMACIONES MEDICARE[CR 5890](#)

El proveedor que ofrece servicios o artículos, y después de hacer varios intentos para obtener el NPI del proveedor que ordena/refiere/asiste/opera/otros servicios provistos en la facilidad, debe indicar su propio nombre y NPI en los encasillados del proveedor que ordena/refiere/asiste/opera/otros servicios provistos en la facilidad.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5890.pdf>

SMOKING & TOBACCO USE CESSATION COUNSELING BILLING CODE UPDATE[CR 5878](#)

Update the Medicare Claims Processing Manual to reflect two new CPT codes in the 2008 Medicare Physician Fee Schedule Database which replace two temporary HCPCS G codes for Smoking and Tobacco Use Cessation Counseling claims.

The two new HCPCS codes for smoking and tobacco cessation counseling are:

99406 replace G0375
99407 replace G0376

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5878.pdf>

MODIFICATION OF PAYMENT WINDOW EDITS IN THE COMMON WORKING FILE (CWF) TO LOOK AT LINE ITEM DATES OF SERVICE (LIDOS) ON OUTPATIENT CLAIMS[CR 5880](#)

The payment window edits in the CWF will be modified to look at the LIDOS of the outpatient bill. Currently, CWF looks at the statement covers through date of the outpatient claim. This will allow hospitals to separate and receive reimbursement for the services prior to the payment window. This CR will also add some diagnostic revenue codes that were missing from the Internet Only Manual and modify the Cardiology revenue code related to this policy.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5880.pdf>

NEW VALUE CODE TO REPORT PATIENT PRIOR PAYMENTS[CR 5882](#)

This instruction implements a new value code for the reporting of patient prior payments.

With the implementation of the UB-04, the National Uniform Billing Committee (NUBC) eliminated "Patient" from form locator (FL) 54. FL 54 is now used to report prior payer payments. In order to allow Medicare providers to continue to report patient prior payments CMS requested a value code be created by NUBC.

The following value code will now be used for reporting patient prior payments: Value Code FC – Patient Prior Payment

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5882.pdf>

ADDITIONAL INFORMATION ON REPORTING A NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) FOR MEDICARE CLAIMS[CR 5890](#)

The provider who is furnishing the services or items, and after several attempts to obtain the NPI from the ordering/referring/attending/operating/other/service facility provider/purchased service provider, shall report their own name and NPI in the ordering/referring/attending/operating/other/service facility provider/purchased service provider fields of the claims.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5890.pdf>

RESUMEN DE LAS POLÍTICAS PARA LAS TARIFAS DE 2008 Y LOS SERVICIOS DE TELESALUD[CR 5895](#)

El propósito de esta instrucción es proveer un resumen de las políticas para las tarifas del 2008 y los servicios telesalud que generan una cantidad de pago por el lugar de la facilidad. La sección 1848(b) (1) del Acta del Seguro Social requiere al Secretario establecer una regulación antes del 1 de noviembre de cada año, de tarifas que determinen la cantidad de pago por los servicios de médicos por los años subsecuentes. CMS publicó un documento que dice que los pagos podrían verse afectados desde el 1 de enero de 2008.

Para el año calendario 2008, la cantidad de pago para el código "Q3014, Telehealth originating site facility fee" es un 80 por ciento menos del cargo actual o \$23.35. El beneficiario es responsable por cualquier deducible o coaseguro.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5895.pdf>

AUMENTO EN LAS TARIFAS DE PAGO PARA LOS CENTROS DE SALUD FEDERALES CUALIFICADOS (FQHC) Y LAS CLÍNICAS DE SALUD RURAL (RHC)[CR 5896](#)

Esta notificación actualizada provee las instrucciones para el aumento en las tarifas de pago para el 2008 de los servicios en los Centros de Salud Federales Cualificados (FQHC) y las Clínicas de Salud Rural (RHC).

Clinicas de Salud Rural (RHC)

El límite de pago mayor para un RHC es aumentado de \$74.29 a \$75.63 efectivo el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008. Las tarifas de 2008 reflejan un aumento de 1.8 por ciento sobre el límite de pago del 2007.

Centros de Salud Federales Cualificados (FQHC)

El límite de pago mayor para un FQHC urbano es aumentado de \$115.33 a \$117.41 efectivo desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008 y el límite de pago mayor para un FQHC rural es aumentado de \$99.17 a \$100.96 efectivo el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008. Estas tarifas reflejan un 1.8 por ciento de aumento sobre el límite de pago del 2007.

CAMBIO EN EL REQUISITO DE CANTIDAD EN CONTROVERSIAS PARA SOSTENER UNA AUDIENCIA ANTE EL JUEZ ADMINISTRATIVO Y LAS APELACIONES EN LA CORTE FEDERAL DE DISTRITO[CR 5897](#)

El siguiente cambio notifica a los contratistas sobre un aumento en la cantidad en controversia requerida para sostener una audiencia con el juez administrativo y las apelaciones en la Corte Federal de Distrito las cuales comienzan el 1 de enero de 2008.

El Acta de modernización y Mejoramiento para la Prescripción de Medicamentos de 2003 provee la reevaluación anual, comenzando en el 2005, de la cantidad de dólares en controversia para solicitar una audiencia con el juez administrativo y una revisión en la Corte Federal de Distrito.

ACTUALIZACIÓN DE EMERGENCIA A LA BASE DE DATOS DEL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE[CR 5902](#)

Los archivos de pagos fueron publicados a los contratistas basado en la regla final del *Medicare Physician Fee Schedule* del 1 de noviembre de 2007. Esta petición de cambio enmienda esos archivos de pago.

SUMMARY POLICIES IN THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE AND THE TELEHEALTH[CR 5895](#)

The purpose of this instruction is to provide a summary of the policies in the 2008 MPFS and the telehealth originating site facility fee payment amount. Section 1848(b)(1) of the Social Security Act (the Act) requires the Secretary to establish by regulation before November 1 of each year, fee schedules that establish payment amounts for physicians' services for subsequent year. We published a document that would affect payments to physicians effective January 1, 2008.

For calendar year 2008, the payment amount for HCPCS code "Q3014, Telehealth originating site facility fee" is 80 percent of the lesser of the actual charge or \$23.35. The beneficiary is responsible for any unmet deductible amount or coinsurance.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5895.pdf>

ANNOUNCEMENT OF MEDICARE RURAL HEALTH CLINICS (RHCS) AND FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCs) PAYMENT RATE INCREASES[CR 5896](#)

This Update Notification provides instructions for the calendar year (CY) 2008 Payment Rate Increases for Rural Health Clinics (RHC) and Federally Qualified Health Centers (FQHC) services.

RHCs:

The RHC upper payment limit per visit is increased from \$74.29 to \$75.63 effective January 1, 2008, through December 31, 2008 (i.e., CY 2008). The 2008 rate reflects a 1.8 percent increase over the 2007 payment limit.

FQHCs:

The FQHC upper payment limit per visit for urban FQHCs is increased from \$115.33 to \$117.41 effective January 1, 2008, through December 31, 2008 (i.e., CY 2008), and the maximum Medicare payment limit per visit for rural FQHCs is increased from \$99.17 to \$100.96 effective January 1, 2008, through December 31, 2008 (i.e., CY 2008). The 2008 FQHC rates reflect a 1.8 percent increase over the 2007 rates.

CHANGE IN THE AMOUNT IN CONTROVERSY REQUIREMENT FOR ADMINISTRATIVE LAW JUDGE HEARINGS AND FEDERAL DISTRICT COURT APPEALS[CR 5897](#)

The following instruction notifies contractors of an increase in the amount in controversy required to sustain an administrative law judge hearing and Federal District Court appeal rights beginning January 1, 2008.

The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 provides for annual reevaluation, beginning in 2005, of the dollar amount in controversy required for an ALJ hearing and Federal District Court review.

EMERGENCY UPDATE TO THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE[CR 5902](#)

Payment files were issued to contractors based upon the November 1, 2007 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. This change request amends those payment files.

ACTUALIZACIÓN DE LOS EDITAJES 7284 Y 7548 EN EL ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO[CR 5907](#)

servicio en la reclamación es igual a o coinciden con las fechas de servicio de una reclamación en historial con un tipo de factura 13X o 72X. El CWF devolverá con el edit/IUR 7548, el tipo de factura 12X sometida con un número de proveedor de IHS, con un LIDOS igual a o un día de seguimiento a la fecha de alta en un tipo de factura 11X. El CWF no aplicará los edits/IURS 7284 o 7548 con un tipo de factura 12X, cuando el beneficiario no tenía derecho a la Parte A de Medicare en el tiempo en que fueron prestados los servicios.

EXTENSIÓN DE LAS FECHAS DE SERVICIO PARA LA ELEGIBILIDAD DE LOS PAGOS DE BONOS POR ÁREAS DE ESCASEZ DE MÉDICOS (PSA, EN INGLÉS)[CR 5937](#)

La sección 413 (a) del Acta de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 requirió a CMS realizar un pago de un 5 por ciento a los médicos en un PSA designado. El período efectivo inicial del pago de bonos de PSA fue para las fechas de servicio del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007. Medicare, Medicaid, y el Acta de Extensión del *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) de 2007 enmendaron la sección 1833(u)(1) del Acta del Seguro Social, para extender el pago de bonos de PSA hasta el 30 de junio de 2008. Los intermediarios fiscales, los MACs de las partes A/B y FISS implantarán esta instrucción el 7 de enero de 2008. Los Carriers y MACs de A/B implantarán esta instrucción no más tarde de 30 días desde la emisión.

CAMBIO LEGISLATIVO AFECTARÁ EL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) PARA EL 2008[CR 5944](#)

El Congreso ha aprobado una nueva legislación que resulta en un cambio en el *Medicare Physician Fee Schedule* (MPFS) de 2008. Las nuevas tarifas de MPFS son efectivas el 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2008. Efectivo para fechas de servicio del 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2008, la actualización del factor de conversión será 0.5 por ciento. Efectivo para fechas de servicio del 1 de julio de 2008 en adelante, la actualización del 0.5 por ciento al factor de conversión ya no aplicará mas y el (negativo) -10.1 por ciento entrará vigor. Esta nueva legislación cambió las tarifas de MPFS para el 2008, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) han extendido el período abierto de inscripción de 2008 hasta el 15 de febrero de 2008. Por lo tanto, el período abierto de inscripción corre desde el 15 de noviembre de 2007 al 15 de febrero de 2008. La fecha de efectividad para cualquier cambio de estatus de participación es el 1 de enero de 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5944.pdf>

ACTUALIZACIÓN 2008 DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN COMPREHENSIVA AMBULATORIA (CORF)[CR 5898](#)

La nueva forma de procesamiento de reclamaciones para los CORF surge como resultado de la Regla Final para las tarifas del 2008.

Los siguientes requisitos de facturación serán efectivos para los CORF tipo de factura 75x el 01/01/08:

- Los CORF solo deben facturar en las reclamaciones 75x, los siguientes *revenue codes*: 0270, 0274, 0279, 029x, 0410, 0412, 0419, 042x, 043x, 044x, 0550, 0559, 0560, 0569, 0636, 0771, 0900, 0911, 0914 y 0919.

UPDATE TO COMMON WORKING FILE (CWF EDITS) 7284 AND 7548[CR 5907](#)

The CWF shall return edit/IUR 7284 for a TOB 12X submitted with an IHS provider number when the date of service on the claim is equal to or overlapping the dates of service on a claim in history with TOB 13X or 72X. The CWF shall return edit/IUR 7548 for TOB 12X submitted with an IHS provider number with a LIDOS that is equal to or one day following the discharge date on a TOB 11X. The CWF shall bypass edits/IURs 7284 or 7548 when the beneficiary was not entitled to Medicare Part A at the time the services on TOB 12X were rendered.

EXTENSION OF THE DATES OF SERVICE ELIGIBLE FOR THE PHYSICIAN SCARCITY AREA (PSA) BONUS PAYMENT[CR 5937](#)

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

LEGISLATIVE CHANGE AFFECTING THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS)[CR 5944](#)

Congress has passed new legislation resulting in a change to the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) rates. The new MPFS rates are effective on January 1, 2008, through June 30, 2008. Effective for dates of service January 1, 2008, through June 30, 2008, the update to the conversion factor shall be 0.5 percent. Effective for dates of service July 1, 2008, and after the 0.5 percent update to the conversion factor will no longer apply and the (negative) -10.1 percent will go into effect. Since this new legislation changed the 2008 MPFS rates, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) has extending the 2008 Participation Open Enrollment period to February 15, 2008. Therefore, the Participation enrollment period runs from November 15, 2007, through February 15, 2008. The effective date for any Participation status change is January 1, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5944.pdf>

COMPREHENSIVE OUTPATIENT REHABILITATION FACILITY (CORF) BILLING REQUIREMENT UPDATES FOR FISCAL YEAR (FY) 2008[CR 5898](#)

This instruction implements new claims processing for CORF provider requirements as a result of the FY 2008 physician fee schedule final rule.

The following billing requirements will be effective for CORF 75x bill types effective 01/01/08:

- CORF providers shall only bill the following revenue codes on 75x claims: 0270, 0274, 0279, 029x, 0410, 0412, 0419, 042x, 043x, 044x, 0550, 0559, 0560, 0569, 0636, 0771, 0900, 0911, 0914 and 0919.

- Los CORF deberán facturar por los servicios de Trabajo Social y Psicológicos utilizando solamente el CPT 96152, *Health and Behavior Intervention*, cada 15 minutos, *Face-to-Face*, Individual. El CPT 96152 solamente puede ser facturado con los *revenue codes* 0560, 0569, 0900, 0911, 0914 y 0919.
- Los servicios de Terapia Respiratoria de los CORF deben ser facturados con los *revenue codes* 0410, 0412 y 0419 solamente.
- Los servicios de Enfermería de los CORF deben ser facturados utilizando los códigos G0128 con los *revenue codes* 0550 y 0559 solamente. **NOTE:** Los requisitos para utilizar el código G0128 no son un nuevo requisito para el 2008.
- La administración de las vacunas de Influenza, Hepatitis B y Neumococos deben ser facturados con el *revenue code* 0771 y el CPT 90471. El código G0128 ya no será más utilizado para facturar la administración de vacunas en los CORF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5898.pdf>

REQUISITOS DE FACTURACIÓN POR LÍNEA DE SERVICIO DE LAS FACILIDADES RENALES PARA EL EPO EN RECLAMACIONES ESRD

[CR 5545](#)

Esta instrucción completa la implantación de los requisitos de facturación ESRD por línea de servicio para las facilidades renales proveyendo las instrucciones requeridas para someter facturación de EPO por línea de servicio en reclamaciones ESRD con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 en adelante.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5545.pdf>

INFORMACIÓN REVISADA SOBRE LA CODIFICACIÓN DE PET SCAN

[CR 5665](#)

La siguiente instrucción actualiza el manual para remover el código CPT 78609 del listado de códigos cubiertos y el código HCPCS A4641 de la lista de códigos de rastreo aplicables. Estos cambios fueron efectivos el 28 de enero de 2005 para el código CPT 78609 y serán efectivos para el código HCPCS A4641 el 1 de enero de 2008.

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

[CR 5680](#)

Efectivo para fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2008, Medicare implantará un sistema de pagos revisado para los Centros de Cirugía Ambulatoria. Los componentes y políticas del sistema revisado se explican en el *Transmittal* 1245.

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

- CORF providers shall bill for social work and psychological services using only CPT 96152, *Health and Behavior Intervention*, Each 15 minutes, *Face-to-Face*; Individual. CPT 96152 may only be billed with revenue codes 0560, 0569, 0900, 0911, 0914 and 0919.
- CORF respiratory therapy services shall be billed with revenue codes 0410, 0412 and 0419 only.
- CORF nursing services shall be billed using HCPCS code G0128 with revenue codes 0550 and 0559 only. **NOTE:** The requirement to use HCPCS code G0128 is not a new requirement for 2008.
- Influenza, Pneumococcal, and Hepatitis B vaccine administrations shall be billed with revenue code 0771 and CPT 90471. HCPCS G0128 shall no longer be used for billing the vaccine administration in the CORF setting.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5898.pdf>

RENAL DIALYSIS FACILITY LINE ITEM BILLING REQUIREMENT FOR EPOETIN ALFA (EPO) SUBMITTED ON END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) CLAIMS

[CR 5545](#)

This instruction completes the implementation of ESRD line item billing for Renal Dialysis Facilities by providing instructions required to submit line item billing EPO on ESRD claims with dates of service on or after January 1, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5545.pdf>

REVISED INFORMATION ON PET SCAN CODING

[CR 5665](#)

The following instruction updates the manual by removing CPT code 78609 from the list of covered codes and HCPCS code A4641 from the list of applicable tracer codes for PET scans. These changes became effective on January 28, 2005 for CPT code 78609 and will become effective January 1, 2008 for HCPCS code A4641.

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

[CR 5680](#)

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

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



ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE CATEGORÍA Y ESTATUS DE LA RECLAMACIÓN[CR 5687](#)

Los códigos de estatus y categoría de la reclamación para uso de los contratistas con la solicitud de estatus y respuesta *ASC X12N 276/277*, fueron actualizados durante la reunión de junio 2007 del Comité de Mantenimiento. El Comité también decidió permitir a la industria 6 meses para la implantación de los códigos cambiados y añadidos. Los contratistas deben utilizar los códigos que fueron publicados en www.wpc-edi.com/codes el **9 de julio de 2007** los cuales están enumerados como códigos actuales.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5687.pdf>

AJUSTES PARA PAGAR EN EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS) Y EL SISTEMA DE PAGOS DE LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA UN CRÉDITO PARCIAL DE DISPOSITIVO[CR 5668](#)

Para los servicios provistos en o después del 1 de enero de 2008, se les requiere a los hospitales informar el modificador FC [*Partial credit received for replaced device*] en el código de procedimiento para todos los casos en los cuales el dispositivo que es implantado esté en la lista de dispositivos reconocidos, el código de procedimiento para el cual el dispositivo es utilizado esté en la lista de APCs reconocidos, y el hospital haya recibido un crédito de 50 por ciento o más del costo por el nuevo dispositivo de reemplazo.

Para los servicios provistos en o después del 1 de enero de 2008, en los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC, en inglés), la política de crédito parcial aplica al mismo dispositivo y a los pares de procedimiento a los cuales les aplica la política de no costo o la política de crédito completo. El pago de Medicare será reducido por un 50 por ciento del costo estimado del dispositivo incluido en el pago del procedimiento. Esto es en los casos que el ASC informa que recibió un crédito de 50 por ciento o más del costo del nuevo dispositivo de reemplazo al añadir un modificador FC al código del procedimiento en la implantación del dispositivo.

ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE CATEGORÍA Y ESTATUS DE LA RECLAMACIÓN[CR 5947](#)

Los Códigos de Categoría y Estatus de la Reclamación utilizados por los contratistas con la Solicitud de Estatus de la Factura *ASC X12N 276/277* fueron actualizados durante la reunión de octubre 2007 del Comité de Mantenimiento. Al mismo tiempo, la industria ha permitido 6 meses para la implantación nuevamente de códigos añadidos y cambiados. Los contratistas pueden utilizar los códigos que fueron publicados en: www.wpc-edi.com/codes el **5 de noviembre de 2007** los cuales aparecen listados como códigos actuales.

ACTUALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE AUDIOLOGÍA[CR 5717](#)

La siguiente instrucción actualiza el lenguaje del manual destacando asuntos de codificación, que incluyen los implantes auditivos como dispositivos prostéticos auditivos, distingue las funciones de los patólogos del habla y los audiólogos en rehabilitación auricular, y describe la prueba automatizada de audición.

ACTUALIZACIÓN DE ENERO 2008 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS) DE HOSPITAL[CR 5946](#)

La siguiente instrucción actualiza el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Pub.100-04, capítulo 4, secciones:10, 20, 30, 50, 61, 70, 130, 160, 190, 200, 230, y 290; capítulo 16, sección 40.3; y capítulo 17, sección 90.2. CMS reorganizó o eliminó información en estas secciones. Los

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE[CR 5687](#)

The Claim Status Codes and Claim Status Category Codes for use by Medicare contractors with the Health Claim Status Request and Response *ASC X12N 276/277* were updated during the June 2007 meeting of that Maintenance Committee. At that time, The Committee also decided to allow the industry 6 months for implementation of newly added or changed codes. Contractors are to use codes posted at www.wpc-edi.com/codes on **July 9, 2007** which are listed as current codes.

A provider education article related to this instruction is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5687.pdf>

ADJUSTMENT TO PAYMENT UNDER HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) AND AMBULATORY SURGICAL CENTER (ASC) PAYMENT SYSTEM FOR PARTIAL DEVICE CREDIT[CR 5668](#)

For services furnished on or after January 1, 2008, hospitals are required to report HCPCS modifier FC [*Partial credit received for replaced device*] on the procedure code for all cases in which the device being implanted is on the list of creditable devices, the procedure code in which the device is used is on the list of creditable APCs, and the hospital received a credit of 50 percent or more of the cost of the new replacement device.

In ASCs, for services furnished on or after January 1, 2008, the partial credit policy applies to the same device and procedure pairs to which the no cost or full credit policy applies. Medicare payment will be reduced by 50 percent of the estimated cost of the device included in the procedure payment in cases in which the ASC reports that it received a credit of 50 percent or more of the cost of the new replacement device by appending the FC modifier to the device implantation procedure code.

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE[CR 5947](#)

The Claim Status Codes and Claim Status Category Codes for use by Medicare contractors with the Health Claim Status Request and Response *ASC X12N 276/277* were updated during the October 2007 meeting of that Maintenance Committee. At that time, the industry is allowed 6 months for implementation of newly added or changed codes. Contractors are to use codes posted at www.wpc-edi.com/codes on **November 5, 2007** which are listed as current codes.

UPDATE TO AUDIOLOGY POLICIES[CR 5717](#)

The following updates manual language by highlighting coding issues, including auditory implants as auditory prosthetic devices, differentiates the functions of speech-language pathologists and audiologists in aural rehabilitation, and describes automated hearing testing.

JANUARY 2008 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)[CR 5946](#)

The following instruction updates the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 4, Sections: 10, 20, 30, 50, 61, 70, 130, 160, 190, 200, 230, and 290; Chapter 16, Section 40.3; and Chapter 17, Section 90.2. CMS is re-organizing or deleting information in these sections. Business require-

requisitos relacionados con esta instrucción están incluidos en el CR 5912.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5946.pdf>

ACLARACIÓN ADICIONAL AL CAPÍTULO 17, SECCIÓN 40, RELACIONADO CON EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES DE DROGAS CON EL MODIFICADOR JW

[CR 5923](#)

Esta actualización al manual es para aclarar el uso del modificador JW cuando se procesan las facturas de drogas con excepción de las drogas del Programa de Adquisición Competitiva.

Cuando todas las facturas de drogas son procesadas excepto aquellas provistas bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP) para drogas y biológicos en la Parte B, los contratistas locales requerirán el uso del modificador JW para identificar las drogas y biológicos no reusables de ampollas o paquetes para uso individual que son descartados apropiadamente. Este modificador permitirá el pago para las drogas y biológicos descartados. Recuerde, el modificador JW no será utilizado en las reclamaciones para drogas bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP).

GUÍAS DE PUNTUALIDAD PARA EL PROCESAMIENTO DE OTRAS RECLAMACIONES "NO LIMPIAS"

[CR 5513](#)

El Acta del Seguro Social, le requiere a Medicare que procese todas las reclamaciones "no limpias" y notifique los hallazgos individuales sobre la determinación de tales reclamaciones dentro de los 45 días de recibidas.

Aquellas reclamaciones que no cumplen con la definición de "limpias" son aquellas reclamaciones que no están debidamente completadas. Las reclamaciones que "no son limpias" requieren una investigación adicional en prepagó fuera de las operaciones del contratista de Medicare.

El 2 de febrero de 2007, CMS publicó instrucciones para implantar los requisitos para todos los carriers y Contratistas Administrativos de Medicare (MACs) sobre el procesamiento a tiempo de las reclamaciones que "no son limpias". Esta instrucción implanta los mismos requisitos para los Intermediarios Fiscales (FI), las ramificaciones institucionales de los MACs, y los MACs de Equipo Médico Duradero (DME).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5513.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LOS PAGOS PERMITIDOS POR LA VACUNA DE INFLUENZA Y OTRAS INSTRUCCIONES RELACIONADAS CON LA VACUNA DE NEUMOCOCOS

CR 5910

La siguiente aclaración provee información relacionada al CR 5744, el cual también incluye una instrucción adicional sobre la vacuna de neumococos pediátrica CPT 90669 y la actualización a los pagos permitidos por la vacuna del virus de influenza nasal CPT 90660. Todas las demás instrucciones en el CR 5744 permanecen igual.

ACLARACIÓN SOBRE LA FACTURACIÓN DE LA COMBINACIÓN DE TRES DROGAS ORALES ANTI-EMÉTICAS (APREPITANT)

[CR 5655](#)

El propósito de esta instrucción es aclarar que el departamento ambulatorio de hospital puede facturar el *Tri-Pack* a su Intermediario Fiscal como parte de la combinación de las tres drogas anti-eméticas. Esto fue traído a la atención de CMS ya que algunos contratistas denegaron el pago por el *Tri-Pack*, ya que dos de las dosis fueron enviadas al hogar con el beneficiario.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5655.pdf>

ments related to this instruction are included in CR 5912.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5946.pdf>

ADDITIONAL CLARIFICATION TO CHAPTER 17, SECTION 40, REGARDING PROCESSING OF DRUG CLAIMS WITH THE JW MODIFIER

[CR 5923](#)

This manual update is to clarify the use of the JW modifier when processing all drug claims except Competitive Acquisition Program (CAP) drugs.

When processing all drugs except those provided under the Competitive Acquisition Program for Part B drugs and biologicals (CAP), local contractors may require the use of the modifier JW to identify unused drug or biologicals from single use vials or single use packages that are appropriately discarded. This modifier will provide payment for the discarded drug or biological. Remember, the JW modifier is not used on claims for CAP drugs.

TIMELINESS STANDARDS FOR PROCESSING OTHER-THAN-CLEAN CLAIMS

[CR 5513](#)

The Social Security Act, mandates that Medicare process all "other-than-clean" claims and notify the individual filing such claims of the determination within 45 days of receiving such claims.

Claims that do not meet the definition of "clean" claims are "other-than-clean" claims. "Other-than-clean" claims require investigation or development external to the contractor's Medicare operation on a prepayment basis.

On February 2, 2007, CMS published instructions to implement requirements for all carriers and Medicare Administrative Contractors (MACs) for timeliness for processing "other-than-clean" claims. This instruction implements those same requirements for the Fiscal Intermediaries (FIs), the institutional branches of MACs, and the Durable Medical Equipment (DME) MACs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5513.pdf>

PAYMENT ALLOWANCE UPDATE FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE AND FURTHER INSTRUCTION REGARDING THE PNEUMOCOCCAL VACCINE

CR 5910

The following clarification provides information related to CR 5744 including additional instruction regarding the pediatric pneumococcal vaccine CPT code 90669, and the updated payment allowance for the nasal influenza virus vaccine CPT 90660. All other instructions in CR 5744 are to remain in effect.

CLARIFICATION ON BILLING FOR ORAL THREE DRUG COMBINATION ANTI-EMETIC (APREPITANT)

[CR 5655](#)

The purpose of this instruction is to clarify that hospital outpatient department may bill the entire *Tri-Pack* to their Medicare Fiscal Intermediary as part of the three drug combination anti-emetic. It has come to CMS's attention that some contractors are denying payment for the entire Tri-Pak as two doses are sent home with the beneficiary.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5655.pdf>

IMPLANTACIÓN FINAL DEL NPI PARA PROVEEDORES QUE RECIBEN PAGO POR SERVICIOS (FFS)

CR 5728

A los proveedores que reciben pago por servicio se les requiere que sus transacciones contengan un NPI; actualmente se les permite utilizar un NPI y el número de proveedor. Cuando CMS termine su plan de contingencia, el número de proveedor ya no será permitido en la transacción electrónica (hay sus excepciones en la remesa 835). Los contratistas comenzarán a rechazar las reclamaciones electrónicas, incluyendo las de entrada directa de datos (DDE), que contengan un identificador del proveedor para cualquier proveedor primario. El NPI debe ser enviado en la transacción 837 para la coordinación de beneficios (COB). Los números de proveedor no son permitidos. Debido a que las reclamaciones en papel no son transacciones en conformidad con HIPAA, estos requisitos no aplican a las reclamaciones en papel, sin embargo, los proveedores no deben enviar el número de proveedor en las reclamaciones en papel una vez que CMS finalice su plan de contingencia para el NPI.

ESPECIFICACIONES DEL EDITOR DE CÓDIGOS INTEGRADO (I/OCE) VERSIÓN 9.1 DE ABRIL 2008

CR 5969

El editor de códigos ambulatorio integrado (I/OCE) fue actualizado el 1 de abril de 2008. El I/OCE procesa todas las reclamaciones institucionales ambulatorias (incluidas las reclamaciones de hospital que no están en un sistema de pagos prospectivos) con un solo OCE integrado que elimina la necesidad de actualizar, instalar, y mantener dos paquetes de programas separados de OCE sobre una base trimestral. Las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de julio de 2007 en adelante se deben procesar con las versiones no-integradas del programa de OCE (OPPS y los OCEs non-OPPS) que coincidan con las versiones efectivas para la fecha de servicio de la reclamación. La notificación actualizada aplica al capítulo 4, sección 40 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare.

CUBIERTA**REQUISITOS DE CUBIERTA PARA LOS SERVICIOS DE TERAPIA PROVISTOS EN UNA FACILIDAD DE CUIDADO DIESTRO**[CR 5532](#)

Esta actualización aclara que la evaluación de terapia de un beneficiario admitido para cuidado en un SNF tiene que ofrecerse en el SNF. El costo de una evaluación inicial de terapia en una Facilidad de Cuidado Diestro de Enfermería está incluido en el pago prospectivo realizado a las Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería por los servicios cubiertos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5532.pdf>

AGENTES ESTIMULADORES DE ERITROPOYESIS EN PACIENTES CON CÁNCER Y CONDICIONES NEOPLÁSICAS RELACIONADAS[CR 5818](#)

CMS ha determinado que el tratamiento con los agentes estimuladores de eritropoyesis (ESA) en pacientes con cáncer es razonable y necesario para la anemia secundaria a la quimioterapia anticáncer mielosupresora en tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma y leucemia linfocítica bajo condiciones específicas. CMS también ha determinado que el tratamiento de ESA no es razonable y necesario para los beneficiarios con ciertas condiciones clínicas, o debido a un efecto nocivo del tratamiento (ESA) en una enfermedad subyacente o porque la enfermedad subyacente aumenta el riesgo de efectos nocivos relacionados con el uso del tratamiento (ESA). Esta revisión a la sección 110.21 de la publicación 100-03 es también una Determinación de Cubierta Nacional (NCD).

MEDICARE FEE FOR SERVICE (FFS) NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) FINAL IMPLEMENTATION

CR 5728

Medicare FFS requires transactions to contain an NPI; it also currently allows both NPI and legacy identifiers. When CMS ends its' contingency, the legacy number will NOT be permitted on any inbound electronic or outbound electronic transaction (there are exceptions to the 835 remittance). Contractors are to begin rejecting electronic claims, including direct data entry (DDE), that contain a legacy provider identifier for any primary provider. The NPI must be sent on the 837 coordination of benefits (COB) transaction. Legacy numbers are not allowed. Since the paper claims are not HIPAA transactions, these requirements do not apply to paper, however, providers should not send legacy on paper claims once CMS ends its' NPI contingency.

APRIL 2008 INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (I/OCE) SPECIFICATIONS VERSION 9.1

CR 5969

The Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) was updated for April 1, 2008. The I/OCE routes all institutional outpatient claims (which includes non-OPPS hospital claims) through a single integrated OCE eliminating the need to update, install, and maintain two separate OCE software packages on a quarterly basis. Claims with dates of service prior to July 1, 2007 should be routed through the non-integrated versions of the OCE software (OPPS and non-OPPS OCEs) that coincide with the versions in effect for the date of service on the claim. The Update Notification applies to Chapter 4, Section 40 of the Medicare Processing Manual.

COVERAGE**COVERAGING REQUIREMENTS FOR THERAPY SERVICES PROVIDED IN A SKILLED NURSING FACILITY**[CR 5532](#)

This update clarifies that therapy evaluation of a beneficiary who is admitted for care in a SNF must take place in the SNF. The cost of an initial therapy evaluation in the SNF is included in the SNF PPS payment made for covered SNF services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5532.pdf>

ERYTHROPOIESIS STIMULATING AGENTS (ESAs) IN CANCER AND RELATED NEOPLASTIC CONDITIONS[CR 5818](#)

CMS has determined that ESA treatment is reasonable and necessary for anemia secondary to myelosuppressive anticancer chemotherapy in solid tumors, multiple myeloma, lymphoma and lymphocytic leukemia under specified conditions. CMS has also determined that ESA treatment is not reasonable and necessary for beneficiaries with certain clinical conditions, either because of a deleterious effect of the ESA on their underlying disease or because the underlying disease increases their risk of adverse effects related to ESA use. This addition/revision of section 110.21 of Pub.100-03 is a national coverage determination (NCD).

TERAPIA NEBULIZADA CON UN AGONISTA BETA ADRENÉRGICO PARA ENFERMEDADES DEL PULMÓN

[CR 5820](#)

El 10 de septiembre de 2007, CMS publicó una Determinación de Cubierta Nacional (NCD) para la Terapia Nebulizada con un agonista beta adrenérgico para enfermedades del pulmón. Después de examinar la evidencia médica disponible, CMS determinó que el NCD no es apropiado en este momento y que las decisiones de necesidad y razonabilidad deben continuar siendo realizadas por el contratista local a través del proceso de determinación local de cubierta o la adjudicación caso por caso.

REEMBOLSO

CAMBIOS AL PAGADOR DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN DE ABRIL 2008

[CR 5965](#)

El propósito de esta instrucción es actualizar la guía de pago del factor de conversión según la sección 115 del Medicare, Medicaid y el Acta de Extensión del Programa Estatal para el Seguro de Salud de Niños (SCHIP) del 2007.

Actualización de la Guía de pago para el Factor de Conversión

La sección 115 del Medicare, Medicaid, y el Acta de Extensión SCHIP del 2007 enmendó la sección 1886(j)(3)(C) del Acta del Seguro Social para aplicar un cero por ciento de aumento a las tarifas de pago. Las nuevas tarifas comenzarán a ser efectivas para las altas ocurridas después del 1 de abril de 2008, y aplicará a los últimos dos trimestres del 2008 (desde el 1 de abril de 2008 al 30 de septiembre de 2008). Las tarifas de pago para los dos primeros trimestres del 2008 (desde el 1 de octubre de 2007 al 31 de marzo de 2008) continuarán basados en el 3.2 por ciento de aumento del *market basket* que fue implantada en la regla final (72 FR 44284) de PPS IRF (Sistema de Pagos Prospectivos de las Facilidades de Rehabilitación) del 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5965.pdf>

NEBULIZED BETA ADRENERGIC AGONIST THERAPY FOR LUNG DISEASES

[CR 5820](#)

On September 10, 2007, CMS posted a National Coverage Determination (NCD) for nebulizer beta adrenergic agonist therapy for lung diseases. After examining the available medical evidence, CMS determined that no NCD is appropriate at this time and that reasonable and necessary decisions should continue to be made by local Medicare contractors through the local coverage determination process or case-by-case adjudication.

REIMBURSEMENT

APRIL 2008 INPATIENT REHABILITATION FACILITY (IRF) PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER CHANGES

[CR 5965](#)

The purpose of this instruction is to update the standard payment conversion factor per section 115 of The Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007.

Standard Payment Conversion Factor Update

Section 115 of the Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007 amended Section 1886(j)(3)(C) of the Social Security Act to apply a zero percent increase to payment rates. The new rates will become effective for discharges occurring on or after April 1, 2008, and will apply to the last two quarters of FY 2008 (from April 1, 2008, through September 30, 2008). Payment rates for the first two quarters of FY 2008 (from October 1, 2007 through March 31, 2008) will continue to be based on the 3.2 percent market basket increase that was implemented in the FY 2008 IRF PPS final rule (72 FR 44284).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5965.pdf>



INSTRUCTIONS TO MODIFY COST REPORTING OF IPPS DRG RELATIVE WEIGHTS (ENGLISH ONLY)

CR 5928

The following CR informs the hospital/medical associations' initiative on encouraging hospitals to modify their cost reporting practices with respect to costs and charges, in an effort to improve the consistency of the cost-based IPPS DRG relative weights. CMS instructs us to publish the CR as prepared by them. Please read below this important notice.

SUBJECT: Refinements in Cost Reporting Due to CMS' Revised Procedures for Recalibrating DRG Relative Weights under the Inpatient Prospective Payment System

Effective Date: Cost reporting periods ending on or after September 30, 2007

Implementation Date: March 31, 2008

I. GENERAL INFORMATION**A. Background:**

In the FY 2007 Final Rule (71 FR 47882), CMS began to implement significant revisions to Medicare's inpatient hospital rates by basing the relative weights on hospitals' estimated costs rather than on charges. The Medicare Provider and Review (MedPAR) files and the Medicare cost report are the data sources utilized to develop the cost based weights.

Some industry groups have expressed concerns about potential bias in cost weights due to "charge compression," which is the practice of applying a lower percentage markup to higher cost services and a higher percentage markup to lower cost services. There is concern that cost-based weights may undervalue high cost items and overvalue low cost items if a single cost-to-charge ratio (CCR) is applied to items of widely varying costs in the same cost center (e.g., for medical supplies and devices).

CMS commissioned RTI International (RTI) to conduct a study on charge compression. The RTI's draft interim report was posted on the CMS Web site [<https://cms.hhs.gov/reports/downloads/Dalton.pdf>] in March 2007. The RTI report made several recommendations, including a short-term recommendation to expand the number of distinct hospital department CCRs from 13 to 19.

In the FY 2008 IPPS proposed rule (72 FR 24712), CMS did not propose to implement RTI's short-term recommendation for FY 2008 to expand the number of national CCRs from 13 to 19, although CMS solicited public comments on this issue. After considering the public comments, CMS added two national CCRs for a total of 15 CCRs.

The comments received on the proposed rule from several hospital and medical associations included recommendations on how the impact of charge compression might be mitigated through improvement in cost reporting by hospitals. A workgroup convened by the American Hospital Association, the Association of American Medical Colleges, and the Federation of American Hospitals found that CMS groupings of hospital charges on MedPAR differ from how hospitals group Medicare charges, total charges, and overall costs on their cost reports. This mismatch between MedPAR charges and cost report CCRs can distort DRG weights. For example, the workgroup found that reporting of chargeable medical supplies costs and charges on the cost report (line 55 of Worksheets C, Part I and D-4) to be a significant problem area because some hospitals report chargeable medical supply charges and costs in various ancillary departments on the cost reports, but report those charges on the medical supplies revenue code on the claim.

These hospital/medical associations have launched an educational campaign to encourage hospitals to report costs and charges, particularly for supplies, in a way that is consistent with the way that charges are grouped in MedPAR. Their suggestions include that hospitals should adopt an approach of classifying all billable medical supply costs and charges to line 55 of the cost report and mapping the 27X Revenue Summary codes from the Provider Statistical and Reimbursement Report (PS&R) only to line 55.

Therefore, the purpose of this Change Report is to inform the fiscal intermediaries and Medicare administrative contractors of the hospital/medical associations' initiative on encouraging hospitals to modify their cost reporting practices with respect to costs and charges, in an effort to improve the consistency of the cost-based IPPS DRG relative weights. CMS agrees that it would be beneficial for hospitals to consistently report costs and charges in their appropriate cost centers, and in a manner that is consistent with the way in which charges are grouped in MedPAR.

B. Policy:

The Provider Reimbursement Manual (PRM), Part I, §2202.4 requires that costs and charges for a given service be matched and placed in the same cost center. Charges refer to the regular rates established by the provider for services rendered to both beneficiaries and to other paying patients. Furthermore, it states that charges should be related consistently to the cost of the services and uniformly applied to all patients whether inpatient or outpatient. Transmittal 18 of the hospital cost report will reaffirm this policy through the instruction in §3620 for Worksheet C, on which charge ratios are calculated.

Section 2203 of the PRM I states that in order to assure that Medicare's share of the provider's costs equitably reflects the costs of services received by Medicare beneficiaries, the intermediary, in determining reasonable cost reporting, evaluates the charging practice of the provider to ascertain whether it results in an equitable basis for apportioning costs. So that its charges may be allowable for use in apportioning costs under the program, each facility should have an established charge structure which is applied uniformly to each patient as services are furnished to the patient and which is reasonably and consistently related to the cost of providing the services. While the Medicare program cannot dictate to a provider what its charges or charge structure may be, the program may determine whether or not the charges are allowable for use in apportioning costs under the program.

C. Reporting and Review:

Providers may submit cost reports with cost and charges grouped differently than in prior years, so long as the cost and charges are properly matched and Medicare cost reporting instructions are followed. Medicare contractors shall not propose adjustments that regroup costs and charges merely to be consistent with previous year's reporting if the costs and charges are properly grouped on the as-filed cost report. In addition, prior approval from the Medicare contractor is not needed to regroup billable medical supply costs and charges to lines 55 because this is not a change in cost finding methodology. Medicare contractors shall be vigilant to ensure that the costs of items and services are not moved from one cost center to another without moving the corresponding charges. Contractors shall use the applicable desk review thresholds to determine whether a limited or a full desk review needs to be performed on the as-filed cost reports. Contractors shall determine the level of review needed to resolve any material variance noted during the completion of the ADR section of the full desk review. If the contractor suspects that the cost-to-charge ratio reported for any cost center is unreasonable, the contractors can add steps to the limited desk review program to ensure proper matching of cost and charges.

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NOTI MEDICARE



Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y personal gerencial del Proveedor. Los boletines están disponibles libre de cargos en nuestra página www.cosvimedicare.com

This bulletin should be shared with all Health Care Practitioners and Managerial Members of the Provider Staff. Bulletins are available at no cost from our Web Site www.cosvimedicare.com