

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Junio 2008 – Año 14 – Núm. 3

TABLA DE CONTENIDO

RECLAMACIONES

- Especificaciones del Editor de Códigos Ambulatorio Integrado (I/OCE) Versión 9.2 de julio 2008 3
- Cambios al Pagador del Sistema de Pagos Prospectivos para los hospitales de rehabilitación de abril 2008
- Especificaciones del Editor Integrado de Códigos (I/OCE) Versión 9.1 de abril 2008
- Precio de Venta Promedio (ASP) trimestral de abril 2008 para medicamentos en la Parte B y revisiones a los archivos de precio 4
- Archivo común de trabajo de información de respuestas no solicitadas por reclamaciones RDF que duplican los días hospitalizados
- Pruebas e implantación de los cambios al sistema de pagos de los centros de cirugía ambulatoria (ASC) para el 2008
- Factor de inflación de ambulancia para el 2009 5

FACTURACIÓN

- Instrucciones para proveedores institucionales con reclamaciones de auto-referido de mamografías relacionadas con el Identificador Nacional (NPI) del médico que asiste/refiere
- Implantación final del NPI para proveedores que reciben Pago por Servicios (FFS)
- Requisitos de facturación para los centros de enfermería especializada por beneficiarios matriculados en un plan Medicare Advantage
- Facturación y productos de sangre 6
- Productos derivados de sangre para heridas crónicas, no curables
- Otros servicios médicos y de salud provistos a pacientes de SNF
- Cargos por conservar una cama durante la ausencia del SNF
- Revisiones a los requisitos de facturación de ESRD-relacionados con la administración de EPO y ARANESP 7

ACTUALIZACIONES

- Actualización trimestral de julio a la lista anual 2008 de códigos utilizados para la facturación consolidada de los Centros de Enfermería Especializada

TABLE OF CONTENT

CLAIMS

- July 2008 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 9.2 3
- April 2008 Inpatient Rehabilitation Facility (IRF) Prospective Payment System (PPS) Pricer Changes
- April 2008 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 9.1
- April 2008 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing Files and Revisions to Prior Quarterly Pricing Files 4
- Medicare's Common Working File (CWF) Informational Unsolicited Responses for RDF Claims Overlapping Inpatient Hospitals Stays
- Testing and Implementation of 2008 Ambulatory Surgical Center (ASC) Payment System Changes
- CY 2009 Ambulance Inflation Factor 5

BILLING

- Instructions for Institutional Providers Self-Referred Mammography Claims Regarding the Attending/Referring Physician National Provider Identifier (NPI)
- Medicare Fee for Service (FFS) National Provider Identifier (NPI) Final Implementation
- Skilled Nursing Facility (SNF) Billing Requirements for Beneficiaries Enrolled in Medicare Advantage Plans
- Billing Blood and Blood Products 6
- Blood-Derived Products for Chronic, Non-Healing Wounds
- Medical and Other Health Services Furnished to SNF Patients
- Charges to Hold a Bed During SNF Absence
- Revisions to the Billing Requirements for ESRD-Related EPO and Darbepoetin Alfa (ARANESP) Administrations 7

UPDATES

- July Quarterly Update to 2008 Annual Update of HCPCS Codes Used for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing Enforcement



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Coord. Educación

María Lanzot

Colaboradores

Lilyvette Torres



NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Junio 2008 – Año 14 – Núm. 3

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Actualización trimestral de julio para las tarifas de Equipo Médico, Protésicos, Ortóticos y Suplidos de 2008 (DMEPOS) 7 • Actualizaciones al precio de venta promedio • Actualización del Capítulo 6 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Facturación de los Centros de Cuidado Distinguido Parte A, para las Reclamaciones Medicare Advantage y las Facturas sin Pago 8 • Actualización de abril para el MPFS Database de 2008 • Actualización de julio a las tarifas del 2008 • Actualización trimestral de los editajes para la iniciativa de codificación correcta, versión 14.2, efectivo el 1 de julio de 2008 • Nuevo capítulo para las facilidades independientes de pruebas diagnósticas (IDTF) • Tarifas de viaje permitidos para la colección de especímenes • Políticas y calificaciones del personal de terapia, efectivas el 1/1/08 • Fecha de Servicio (DOS) para laboratorios clínicos y especímenes de patología • Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS) de abril 2008 • Actualización para nuevos códigos en abril 2008 10 | <ul style="list-style-type: none"> • July Quarterly Update for 2008 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule 7 • Average Sales Price Updates • Manual Updates to Chapter 6, Skilled Nursing Facility (SNF) Inpatient Part A Billing, for no Payment and Medicare Advantage (MA) Claims 8 • April Update to the 2008 MPFS Database • July Update to the 2008 Medicare Physician Fee Schedule Database • Quarterly Update to Correct Coding Initiative (CCI) Edits, Version 14.2, Effective July 1, 2008 • New Chapter for Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTF) • Medicare Travel Allowance Fees for Collection of Specimens 9 • Therapy Personnel Qualifications and Policies Effective January 1, 2008 • Date of Service (DOS) for Clinical Laboratory and Pathology Specimens • April 2008 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) • New HCPCS Codes for April 2008 Update 10 |
| <h3>REEMBOLSO</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste al reembolso de dispositivos de reemplazo ofrecidos sin costo o con crédito bajo el Sistema de Pagos Prospectivos para Servicios de Hospitalización (IPPS) • Extensión de los pagos de costos razonables para pruebas de laboratorios clínicos provistos en hospitales con menos de 50 camas en un área rural cualificada • Implantación de la actualización 2007-2008 a la encuesta sobre la combinación del índice de salario ocupacional (Forma CMS 10079 [2008]) | |
| <h3>REIMBURSMENT</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Adjusting Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Reimbursement for Replaced Devices Offered Without Cost or With a Credit • Extension of Reasonable Cost Payment for Clinical Laboratory Tests Furnished by Hospitals With Fewer Than 50 Beds in Qualified Rural Areas • Implementatio of the 2007-2008 Update to the Medicare Wage Index Occupational Mix Survey (Form CMS-10079 [2008]) | |
| <h3>OTROS ASUNTOS</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Website para añadir y eliminar códigos postales que requieren una extensión a cuatro dígitos más 11 • Fase 1 de revisiones manuales para reflejar cambios en el pago de los artículos de DMEPOS como resultado del programa de Subasta Competitiva y el Acta de Déficit de Reducción (DRA) del 2005 • Asignación de proveedores al MACs | |
| <h3>OTHER ISSUES</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Website for Additions and Deletions of Zip Codes Requiring A Plus Four Zip Code Extension 11 • Phase 1 of Manual Revisions to Reflect Payment Changes for DMEPOS Items as a Result of the DMEPOS Competitive Bidding Program and the Deficit Reduction Act (DRA) of 2005 • Assignment of Providers to MACs | |



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Coord. Educación

María Lanzot

Colaboradores

Lilyvette Torres



RECLAMACIONES

ESPECIFICACIONES DEL EDITOR DE CÓDIGOS AMBULATORIO INTEGRADO (I/OCE) VERSIÓN 9.2 DE JULIO 2008

[CR 6080](#)

Esta notificación provee las instrucciones y especificaciones del OCE Integrado que será utilizado en el sistema de pagos prospectivos ambulatorios (OPPS) y otros sistemas de pago (Non-OPPS), que incluye departamentos ambulatorios de hospital (ej. servicios de rehabilitación), los centros de salud mental comunal (CMHCs), y otros proveedores que no están bajo un sistema de pago prospectivo para servicios ambulatorios. Las instrucciones del I/OCE están incluidas en esta solicitud de cambio y también serán publicadas en: <http://www.cms.hhs.gov/OutpatientCodeEdit/>.

CAMBIOS AL PAGADOR DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA LOS HOSPITALES DE REHABILITACIÓN DE ABRIL 2008

[CR 5965](#)

El propósito de esta instrucción es actualizar el factor de conversión para pago que se encuentra en 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 del 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 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 basadas en el 3.2% de aumento del mercado 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>

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

[CR 5969](#)

El editor integrado de códigos ambulatorios (I/OCE) fue actualizado el 1 de abril de 2008. El I/OCE conduce 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 conducir 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.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5969.pdf>

CLAIMS

JULY 2008 INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (I/OCE) SPECIFICATIONS VERSION 9.2

[CR 6080](#)

This notification provides the Integrated OCE instructions and specifications for the Integrated OCE that will be utilized under the OPPS and Non-OPPS for hospital outpatient departments, community mental health centers (CMHCs), and for all non-OPPS providers. The I/OCE instructions are attached to this Change Request and will also be posted to <http://www.cms.hhs.gov/OutpatientCodeEdit/>.

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% 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>

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 include 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.

A provider education article related to this instruction is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5969.pdf>

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

[CR 5982](#)

En general, desde el 1 de enero de 2005, los límites de pago permitido para drogas y biológicos en la Parte B de Medicare que no son pagados a base de costo o pago prospectivo son de un 106% del ASP. Además, comenzando el 1 de enero de 2006, el límite de pago permitido se basó el 106% del ASP para lo siguiente:

- Drogas ESRD (cuando éstas son facturadas por separado por facilidades independientes y facilidades ESRD con base en hospital), y
- Drogas específicas cubiertas de forma ambulatoria, y drogas y biológicos con un estatus de pago provisional bajo el sistema de pago prospectivo para servicios ambulatorios (OPPS, por sus siglas en inglés).

Desde el 1 de enero de 2008, bajo el OPPS, el límite de pago permitido para drogas específicas cubiertas de forma ambulatoria está basado en el 105% del ASP. Las drogas y biológicos con un estatus de pago provisional bajo OPPS continúan con el límite de pago permitido de 106% del ASP.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5982.pdf>

ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO DE INFORMACIÓN DE RESPUESTAS NO SOLICITADAS PARA RECLAMACIONES RDF QUE DUPLICAN LOS DÍAS HOSPITALIZADOS

[CR 5768](#)

Este artículo está basado en la solicitud de cambio #5768, la cual modifica procesos del archivo común de trabajo (CWF, en inglés) para el manejo de respuestas no solicitadas de información para las reclamaciones de facilidades renales que coinciden con estadías en hospital.

La solicitud de cambio #5768 implanta una respuesta no solicitada de información desde el CWF para que el sistema de Medicare provoque el ajuste en las reclamaciones 72x que tienen líneas de cargos por servicio con fechas que coinciden con reclamaciones de hospitalizaciones recibidas subsecuentemente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5768.pdf>

PRUEBAS E IMPLANTACIÓN DE LOS CAMBIOS AL SISTEMA DE PAGOS DE LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC) PARA EL 2008

[CR 5680](#)

Efectivo para las fechas de servicio después del 1 de enero de 2008, Medicare implantará un sistema de pago para los centros de cirugía ambulatoria. Los componentes y las políticas del sistema revisado son explicados en el *Transmittal* 1245.

En adición a las instrucciones del sistema de pagos revisado y explicado en el *Transmittal* 1245, los contratistas pagarán a los centros de cirugía ambulatoria una cantidad reducida de ciertos procedimientos cuando el ASC reciba un crédito parcial de más de 20 por ciento del costo del dispositivo. Para ciertos códigos de procedimientos que incluyen un pago por dispositivo, les será requerido a los ASC incluir el modificador FC en el código de procedimiento para informar que el ASC recibió un crédito parcial de más de 20 por ciento del costo del dispositivo.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5680.pdf>

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

[CR 5982](#)

In general, beginning January 1, 2005, the payment allowance limits for Medicare Part B drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis are 106% of the ASP. Furthermore, beginning January 1, 2006, payment allowance limits are paid based on 106% of the ASP for the following:

- ESRD drugs (when separately billed by freestanding and hospital-based ESRD facilities), and
- Specified covered outpatient drugs and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPS.

Beginning January 1, 2008, under the OPPS, payment allowance limits for specified covered outpatient drugs are paid based on 105% of the ASP. Drugs and biologicals with pass-through status under the OPPS continue to have a payment allowance limit of 106% of the ASP.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5982.pdf>

MEDICARE'S COMMON WORKING FILE (CWF) INFORMATIONAL UNSOLICITED RESPONSES FOR RDF CLAIMS OVERLAPPING INPATIENT HOSPITAL STAYS

[CR 5768](#)

This article is based on Change Request (CR) 5768, which changes processes for Common Working File (CWF) Informational Unsolicited Responses for RDF Claims overlap Inpatient Hospital Stays.

CR 5768 implements an informational unsolicited response from the CWF to prompt the Medicare systems to adjust 72x claims that have line item dates of service overlapping a subsequently received inpatient claim.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5768.pdf>

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 explained in *Transmittal* 1245, 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.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5680.pdf>

FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA PARA EL 2009[CR 6000](#)

La disposición del programa para las tarifas de ambulancia será revisada para (a) remover el signo en el campo numérico y (b) extender la longitud del factor de conversión. **La fecha de implantación precede a la fecha de efectividad para permitir al sistema compartido y procesos de negocios actualizar el proceso antes que las nuevas políticas para el procesamiento de reclamaciones sean efectivas.**

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6000.pdf>

FACTURACIÓN**INSTRUCCIONES PARA PROVEEDORES INSTITUCIONALES CON RECLAMACIONES DE AUTO-REFERIDO DE MAMOGRAFÍAS RELACIONADAS CON EL IDENTIFICADOR NACIONAL (NPI) DEL MÉDICO QUE ASISTE/REFIERE**[CR 6023](#)

La información de esta solicitud de cambio instruye a los proveedores de servicios de mamografía a utilizar el NPI de la facilidad en el campo del NPI del médico que asiste/refiere, cuando los servicios han sido autoreferidos por el beneficiario.

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). A partir del 23/mayo/2008, los contratistas comenzarán a rechazar las reclamaciones electrónicas, incluyendo las del sistema remote (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 ya no serán permitidos. Debido a que las reclamaciones en papel no son transacciones en conformidad con la ley 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 CMS finalice su plan de contingencia para el NPI.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5728.pdf>

REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA POR BENEFICIARIOS MATRICULADOS EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE[CR 5653](#)

Esta instrucción aclara los requisitos de facturación para beneficiarios matriculados en un Plan *Medicare Advantage (MA)*.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5653.pdf>

CY 2009 AMBULANCE INFLATION FACTOR[CR 6000](#)

The Ambulance Fee Schedule layout is being revised to (a) remove the sign in the numeric field and (b) expand the length of the Conversion Factor. **The implementation date precedes the effective date to allow for Shared-System and/or business process updates before new claims processing policies take effect.**

BILLING**INSTRUCTIONS FOR INSTITUTIONAL PROVIDERS SELF-REFERRED MAMMOGRAPHY CLAIMS REGARDING THE ATTENDING/REFERRING PHYSICIAN NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI)**[CR 6023](#)

This change request instructs providers of mammography services to use their facility NPI in the attending/referring physician NPI field when the services are self-referred by the beneficiary.

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). Effective on May 23, 2008, 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.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5728.pdf>

SKILLED NURSING FACILITY (SNF) BILLING REQUIREMENTS FOR BENEFICIARIES ENROLLED IN MEDICARE ADVANTAGE (MA) PLANS[CR 5653](#)

This instruction clarifies SNF provider billing requirements for beneficiaries enrolled in MA plans.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5653.pdf>

FACTURACIÓN Y PRODUCTOS DE SANGRE[CR 5867](#)

Se ha traído a la atención de CMS las inconsistencias que existen entre los requisitos de procesamiento de facturación/reclamaciones por los servicios de sangre. Esta información instruye a los mantenedores de sistema a modificar los editajes de sangre para hacerlos cónsonos con las políticas existentes de las Partes A y B para el pago de los servicios de sangre y la asignación de deducibles, como así también con las guías actuales de *revenue codes* determinados por el Comité Nacional para la Facturación Uniforme (NUBC).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5867.pdf>

PRODUCTOS DERIVADOS DE SANGRE PARA HERIDAS CRÓNICAS, NO CURABLES[CR 6043](#)

Efectivo el 19 de marzo de 2008, CMS mantiene su actual determinación de no cubierta del Plasma Rico en Plaquetas (PRP) Autólogo para el tratamiento de heridas cutáneas crónicas que no sanan, y presentaron una determinación de no cubierta para heridas quirúrgicas agudas cuando el Plasma Rico en Plaquetas (PRP) Autólogo es aplicado directamente a la incisión cerrada y heridas abiertas.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6043.pdf>

OTROS SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD PROVISTOS A PACIENTES DE SNF[CR 5991](#)

Los Centros de Servicios Medicare y *Medicaid* (CMS) realizarán una modificación no significativa a la sección 70, capítulo 8 del Manual de las Políticas de Beneficios de Medicare. Previamente, esa sección del manual comenzaba con el siguiente párrafo:

"The medical and other health services listed below and described in the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 6, "Hospital Services Covered Under Part B," section 10, are covered under Part B when furnished by a participating SNF either directly or under arrangements to: inpatients who are not entitled to have payment made under Part A (e.g., benefits exhausted or 3-day prior-stay requirement not met); or outpatients." (Emphasis added on "or outpatients.")

Para evitar confusión, CMS eliminará la palabra "outpatients" que aparece al final del primer párrafo del capítulo 8, sección 70 relacionada con la cubierta.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5991.pdf>

CARGOS POR CONSERVAR UNA CAMA DURANTE LA AUSENCIA DEL SNF[CR 6030](#)

Los cargos al beneficiario por la admisión o la readmisión al SNF no son permitidos. Sin embargo, al dejar temporalmente un SNF, un residente puede elegir hacer pagos al SNF para conservar una cama.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6030.pdf>

BILLING BLOOD AND BLOOD PRODUCTS[CR 5867](#)

It has come to CMS's attention that inconsistencies exist among billing/claim processing requirements for blood services. This information instructs Medicare system maintainers to modify blood edits to align with existing Part A and hospital Part B policies for paying blood services and assigning blood deductible, as well as with current revenue code standards set by the National Uniform Billing Committee (NUBC).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5867.pdf>

BLOOD-DERIVED PRODUCTS FOR CHRONIC, NON-HEALING WOUNDS[CR 6043](#)

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6043.pdf>

MEDICAL AND OTHER HEALTH SERVICES FURNISHED TO SNF PATIENTS[CR 5991](#)

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is making a slight modification to Section 70, Chapter 8 of the Medicare Benefit Policy Manual. Previously, that section of the manual began with the following paragraph:

"The medical and other health services listed below and described in the Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 6, "Hospital Services Covered Under Part B," section 10, are covered under Part B when furnished by a participating SNF either directly or under arrangements to: inpatients who are not entitled to have payment made under Part A (e.g., benefits exhausted or 3-day prior-stay requirement not met); or outpatients." (Emphasis added on "or outpatients.")

To avoid confusion, CMS is eliminating the word "outpatients" that appears at the end of the first paragraph of Chapter 8, section 70 to avoid confusion regarding coverage.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5991.pdf>

CHARGES TO HOLD A BED DURING SNF ABSENCE[CR 6030](#)

Charges to the beneficiary for admission or readmission are not allowable. However, when temporarily leaving an SNF, a resident can choose to make bed-hold payments to the SNF.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6030.pdf>

REVISIONES A LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN DE ESRD-RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE EPO Y ARANESP**CR 6047**

Esta instrucción revisa el sistema de editajes actual de Medicare asociado con los tratamientos no programados y diálisis de emergencia en el departamento ambulatorio de hospital, para permitir el pago del EPO y del Aranesp cuando el código G0257 está presente en la misma reclamación. El *revenue code* 45x ya no será requerido a fin de permitir el pago del EPO y el Aranesp en las reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de octubre de 2008.

La definición para el código G0257 es la siguiente: *Unscheduled or emergency dialysis treatment for an ESRD patient in a hospital outpatient department that is not certified as an ESRD facility.*

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6047.pdf>

ACTUALIZACIONES**ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO A LA LISTA ANUAL 2008 DE CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA****CR 6009**

Esta notificación provee las actualizaciones a las listas de códigos que están sujetos a la provisión del sistema de pagos prospectivos definidos en el capítulo 6, secciones 10-20 del IOM.

La nueva codificación identificada en cada actualización describe los mismos servicios que están sujetos al pago por ley en un sistema de pagos prospectivos de SNF. No serán añadidos servicios adicionales para estas actualizaciones de rutina; esto es, nuevas actualizaciones son requeridas por cambios en el sistema de codificación, no porque los servicios sujetos al SNF CB sean redefinidos. Otros cambios en reglamentación, más allá de la actualización a la lista de códigos, será notificada cuando y si ello ocurre.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6009.pdf>

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO PARA LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y SUPRIDOS DE 2008 (DMEPOS)**CR 6022**

Esta notificación provee las instrucciones específicas relacionadas con la actualización trimestral de julio para las tarifas de 2008. El pago a base de tarifas es requerido en las secciones 1834 (a), (h) y (i) del Acta del Seguro Social para los equipos médicos duraderos, artículos protésicos, ortóticos y vendajes quirúrgicos. El pago a base de tarifas también es requerido para la nutrición enteral y parenteral (PEN) según las regulaciones contenidas en el 42 CFR 414.102.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6022.pdf>

ACTUALIZACIONES AL PRECIO DE VENTA PROMEDIO**CR 5798**

Este documento provee las actualizaciones para el lenguaje relacionado con el precio de venta promedio para drogas y la metodología de pago relacionada. Estas instrucciones actualizan en los manuales de Medicare las instrucciones sobre el precio, como así también el pago para drogas a base del precio de venta promedio, según declarado en la sección 303 (c) del Acta de Modernización de Medicare (MMA) del 2003 y la sección 1847A del Acta del Seguro Social.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5798.pdf>

REVISIONS TO THE BILLING REQUIREMENTS FOR ESRD-RELATED EPOETIN ALFA (EPO) AND DARBEPOETIN ALFA (ARANESP) ADMINISTRATIONS**CR 6047**

This instruction revises the current Medicare system edits associated with unscheduled and emergency dialysis treatments in the hospital outpatient setting to allow for the payment of EPO and Aranesp when HCPCS code G0257 is present on the same claim. Revenue code 045x will no longer be required in order to allow for EPO and Aranesp payment for claims with dates of service on or after October 1, 2008.

The definition for HCPCS code G0257 is as follows: *Unscheduled or emergency dialysis treatment for an ESRD patient in a hospital outpatient department that is not certified as an ESRD facility.*

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6047.pdf>

UPDATES**JULY QUARTERLY UPDATE TO 2008 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT****CR 6009**

This notification provides updates to the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (PPS) defined in Chapter 6, sections 10-20 of the IOM.

The new coding identified in each update describes the same services that are subject to SNF PPS payment by law. No additional services will be added by these routine updates; that is, new updates are required by changes to the coding system, not because the services subject to SNF CB are being redefined. Other regulatory changes beyond code list updates will be noted when and if they occur.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6009.pdf>

JULY QUARTERLY UPDATE FOR 2008 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE**CR 6022**

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6022.pdf>

AVERAGE SALES PRICE UPDATES**CR 5798**

This document furnishes updates and additions to language relating to the average sales price (ASP) drug pricing and payment methodology. These updates and additions manualize the instruction on the pricing as well as payment of ASP drugs, as stated in Section 303(c) of the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA), and Section 1847A of the Social Security Act.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5798.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL CAPÍTULO 6 DEL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES DE MEDICARE, FACTURACIÓN DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIESTRO PARTE A, PARA LAS RECLAMACIONES MEDICARE ADVANTAGE Y LAS FACTURAS SIN PAGO

[CR 5840](#)

Esta instrucción provee una aclaración sobre las facturas sin pago de los Centros de Cuidado Diestro y los procedimientos de facturación cuando un beneficiario está afiliado a un *Medicare Advantage*.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5840.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE ABRIL PARA EL MPFS DATABASE DE 2008

[CR 5980](#)

Los archivos de pago que fueron presentados a los contratistas están basados en la regla final del *Medicare Physician Fee Schedule* de 2008. Este cambio solicitado enmienda aquellos archivos de pago e incluye los códigos nuevos/revisados para la Iniciativa del Informe de Calidad Médica.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5980.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE JULIO A LAS TARIFAS DEL 2008

[CR 6087](#)

Los archivos de pago fueron publicados a los contratistas basado en la regla final del *Medicare Physician Fee Schedule* para el 2008. Esta instrucción enmienda esos archivos de pago e incluyen los nuevos códigos para la Iniciativa de Informar la Calidad Médica.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6087.pdf>

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS EDITAJES PARA LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA, VERSIÓN 14.2, EFECTIVO EL 1 DE JULIO DE 2008

[CR 6045](#)

Los Centros de Servicios de Medicare y de Medicaid desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (CCI, por sus siglas en inglés) para promover metodologías nacionales de codificación correcta y controlar la codificación incorrecta que lleva al pago inadecuado de reclamaciones en la parte B.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6045.pdf>

NUEVO CAPÍTULO PARA LAS FACILIDADES INDEPENDIENTES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (IDTF)

[CR 5815](#)

La siguiente instrucción informa sobre la adición de un nuevo capítulo al Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare. Actualmente, el manual no tiene las instrucciones para las facilidades independientes de pruebas diagnósticas (IDTF), por lo tanto; la información de la publicación 100-08, del Manual para el Programa de Integridad, capítulo 10, relacionado con las instrucciones para el procesamiento de reclamaciones de IDTF será eliminado y añadido a la publicación 100-04, del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, capítulo 5, el cual es un nuevo capítulo.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5815.pdf>

MANUAL UPDATES TO CHAPTER 6, SKILLED NURSING FACILITY (SNF) INPATIENT PART A BILLING, FOR NO PAYMENT AND MEDICARE ADVANTAGE (MA) CLAIMS

[CR 5840](#)

This instruction provides clarification on SNF no payment and MA claims billing procedures.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5840.pdf>

APRIL UPDATE TO THE 2008 MPFS DATABASE

[CR 5980](#)

Payment files were issued to contractors based upon the 2008 Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. This change request amends those payment files and includes new/revised codes for the Physician Quality Reporting Initiative.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5980.pdf>

JULY UPDATE TO THE 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) DATABASE

[CR 6087](#)

Payment files were issued to contractors based upon the 2008 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) Final Rule. This instruction amends those payment files and includes new codes for the Physician Quality Reporting Initiative.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6087.pdf>

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 14.2, EFFECTIVE JULY 1, 2008

[CR 6045](#)

The Centers for Medicare and Medicaid Services developed the National Correct Coding Initiative to promote national correct coding methodologies and to control improper coding that leads to inappropriate payment in Part B claims.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6045.pdf>

NEW CHAPTER FOR INDEPENDENT DIAGNOSTIC TESTING FACILITIES (IDTF)

[CR 5815](#)

The following instruction adds a new chapter to Medicare Claims Processing Manual. Currently, the Medicare Claims Processing manual does not have claims processing instructions for Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTF); therefore, information from Pub.100-08, Program Integrity Manual, chapter 10, regarding claims processing instructions for IDTF is being excerpted and added to Pub.100-04, Medicare Claims Processing Manual via Chapter 35, which is a new Chapter.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5815.pdf>

TARIFAS DE VIAJE PERMITIDOS PARA LA COLECCIÓN DE ESPECÍMENES[CR 5996](#)

La siguiente información actualiza las tarifas permitidas de viaje para la colección de especímenes para el año calendario 2008. La notificación de actualización aplica al capítulo 16, sección 60.2. Una actualización subsiguiente de las cantidades permitidas de viaje será publicada por CMS anualmente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5996.pdf>

POLÍTICAS Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL DE TERAPIA, EFECTIVAS EL 1 DE ENERO DE 2008[CR 5921](#)

Esta instrucción provee las guías sobre las nuevas regulaciones discutidas en el *Federal Register* del 27 de noviembre de 2007, correspondientes a los servicios de terapia ambulatoria incluyendo las calificaciones del personal y el tiempo de re-certificación para los planes de cuidado. La re-certificación de los planes de cuidado para los servicios de terapia ambulatoria en la Parte B es requerida cada 90 días.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5921.pdf>

FECHA DE SERVICIO (DOS) PARA LABORATORIOS CLÍNICOS Y ESPECÍMENES DE PATOLOGÍA[CR 6018](#)

En la última regulación de tarifas publicadas en el *Federal Register* el 27 de noviembre de 2007, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) revisaron la política de fecha de servicio (DOS, por sus siglas en inglés) para las pruebas de laboratorios clínicos y añadió el componente técnico de servicios patológicos efectivo el 1 de enero de 2009.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6018.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS) DE ABRIL 2008[CR 5999](#)

Esta notificación describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implantadas en la actualización de abril 2008. El editor de códigos integrado (I/OCE) de abril 2008 y el pagador de OPPS reflejará los cambios y exclusiones realizados a los códigos de procedimiento HCPCS, APC's, modificadores y *revenue codes* identificados en esta notificación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5999.pdf>

MEDICARE TRAVEL ALLOWANCE FEES FOR COLLECTION OF SPECIMENS[CR 5996](#)

The following instruction updates the Medicare travel allowance fees for collection of specimens for CY 2008. The Recurring Update Notification (RUN) applies to Chapter 16, Section 60.2. Subsequent updated travel allowance amounts will be issued by CMS via a RUN on an annual basis.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5996.pdf>

THERAPY PERSONNEL QUALIFICATIONS AND POLICIES EFFECTIVE JANUARY 1, 2008[CR 5921](#)

This instruction provides guidance on the new regulations discussed in the *Federal Register* on November 27, 2007, concerning outpatient therapy services including personnel qualifications and the timing of recertification of plans of care. The re-certification of plans of care for outpatient Part B therapy services is required every 90 days.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5921.pdf>

DATE OF SERVICE (DOS) FOR CLINICAL LABORATORY AND PATHOLOGY SPECIMENS[CR 6018](#)

In the final physician fee schedule regulation published in the *Federal Register* on November 27, 2007, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) revised the DOS policy for clinical laboratory test and added the technical component of physician pathology service effective January 1, 2009.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6018.pdf>

APRIL 2008 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)[CR 5999](#)

This notification describes changes to, and billing instructions for various payment policies implemented in the April 2008 OPPS update. The April 2008 Integrated Code Editor (I/OCE) and OPPS 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/MM5999.pdf>

ACTUALIZACIÓN PARA NUEVOS CÓDIGOS EN ABRIL 2008

[CR 5981](#)

La siguiente instrucción provee información a los contratistas para implantar los cambios en códigos HCPCS efectivos el 1 de abril de 2008. Los mismos se encuentran en el capítulo 1, sección 30.3.1 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare.

<p>Effectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de abril de 2008, los siguientes códigos ya <u>no serán pagados</u> por Medicare:</p> <p style="text-align: center;"> J7602 J7603 J1751 J1752 </p>	<p>Effectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de abril de 2008, los siguientes códigos <u>serán pagados</u> por Medicare:</p> <p style="text-align: center;"> J7611 Q4096 J7612 Q4097 J7613 Q4098 J7614 Q4099 </p>
--	--

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5981.pdf>

REEMBOLSO

AJUSTE AL REEMBOLSO DE DISPOSITIVOS DE REEMPLAZO OFRECIDOS SIN COSTO O CON CRÉDITO BAJO EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (IPPS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

[CR 5860](#)

Esta información provee las instrucciones para la facturación de dispositivos de reemplazo que son recibidos sin costo o con un crédito. También se incluyen las instrucciones para el contratista, de cómo reducir el pago de IPPS basado en la cantidad del crédito recibido por el hospital para el reemplazo de dispositivo.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5860.pdf>

EXTENSIÓN DE LOS PAGOS DE COSTOS RAZONABLES PARA PRUEBAS DE LABORATORIOS CLÍNICOS PROVISTOS EN HOSPITALES CON MENOS DE 50 CAMAS EN UN ÁREA RURAL CUALIFICADA

[CR 5961](#)

Sección 107 del Medicare, Acta de Extensión del Programa de Seguro Médico para Niños y Medicaid (SCHIP) del 2007

La sección 107 de esta Acta extiende el pago de costos razonables para pruebas clínicas de laboratorio realizados en hospitales con menos de 50 camas en áreas rurales cualificadas, como parte de sus servicios ambulatorios, para los periodos del informe de costos que comenzaron después del 1 de julio de 2004 hasta el 30 de junio de 2008. Esta extensión podría afectar los servicios realizados hasta el 30 de junio de 2009.

IMPLANTACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN 2007-2008 A LA ENCUESTA SOBRE LA COMBINACIÓN DEL ÍNDICE DE SALARIO OCUPACIONAL (FORMA CMS 10079 (2008))

[CR 5992](#)

La sección 304 (c) de la ley pública 106 - 554 enmienda la sección 1886 (d) (3) (E) del Acta que requiere la aplicación de un ajuste a la combinación ocupacional para el índice de salario que comenzó el 1 de octubre de 2004. La encuesta para el 2006 será revisada.

NEW HCPCS CODES FOR APRIL 2008 UPDATE

[CR 5981](#)

The following instructions provide information to contractors to implement HCPCS coding changes effective April 1, 2008, found in Chapter 1, section 30.3.1 of the Internet-only Manual.

<p>Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2008, the following Health Care Procedure Code System (HCPCS) codes <u>are no longer payable</u> for Medicare:</p> <p style="text-align: center;"> J7602 J7603 J1751 J1752 </p>	<p>Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2008, the following Health Care Procedure Code System (HCPCS) codes <u>are payable</u> for Medicare:</p> <p style="text-align: center;"> J7611 Q4096 J7612 Q4097 J7613 Q4098 J7614 Q4099 </p>
---	---

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5981.pdf>

REIMBURSEMENT

ADJUSTING INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS) REIMBURSEMENT FOR REPLACED DEVICES OFFERED WITHOUT COST OR WITH A CREDIT

[CR 5860](#)

This information provides instructions for billing replaced devices that are received without cost or with a credit. It also includes contractor instructions on how to reduce IPPS payment based on the amount of the credit received by the hospital for the replaced device.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5860.pdf>

EXTENSION OF REASONABLE COST PAYMENT FOR CLINICAL LAB TESTS FURNISHED BY HOSPITALS WITH FEWER THAN 50 BEDS IN QUALIFIED RURAL AREAS

[CR 5961](#)

Section 107 of the Medicare, Medicaid and State Children's Health Insurance Program (SCHIP) Extension Act of 2007

Section 107 of this Act extends reasonable cost payment for clinical lab tests performed by hospitals with fewer than 50 beds in qualified rural areas as part of their outpatient services for cost reporting periods beginning on or after July 1, 2004, through June 30, 2008. This could affect services performed as late as June 30, 2009.

IMPLEMENTATION OF THE 2007-2008 UPDATE TO THE MEDICARE WAGE INDEX OCCUPATIONAL MIX SURVEY (FORM CMS-10079 (2008))

[CR 5992](#)

Section 304(c) of Public Law 106-554 amended Section 1886(d) (3) (E) of the Act requiring the application of the occupational mix adjustment to the wage index beginning October 1, 2004. The 2006 survey will be revised.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6000.pdf>

OTROS ASUNTOS**WEBSITE PARA AÑADIR Y ELIMINAR CÓDIGOS POSTALES QUE REQUIEREN UNA EXTENSIÓN A CUATRO DÍGITOS MÁS****CR 5970**

El código postal donde los servicios son prestados determina la localidad de pago para los servicios pagados bajo el MPFS y para los servicios de anestesia. Ciertos códigos postales caen en más de una localidad de pago y requieren una extensión de cuatro dígitos al código postal para asegurar el pago apropiado.

Esta instrucción provee la dirección de la página de CMS donde están los códigos postales añadidos y cancelados y que requieren una extensión de cuatro dígitos al código postal.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5970.pdf>

FASE 1 DE REVISIONES MANUALES PARA REFLEJAR CAMBIOS EN EL PAGO DE LOS ARTÍCULOS DE DMEPOS COMO RESULTADO DEL PROGRAMA DE SUBASTA COMPETITIVA Y EL ACTA DE DÉFICIT DE REDUCCIÓN (DRA) DEL 2005**CR 5978**

Éste es el primero de varias secciones para añadir un nuevo capítulo (capítulo 36) al Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, en un esfuerzo por incluir en el manual las políticas e instrucciones para los contratistas de Medicare sobre el Programa de Subasta Competitiva de DMEPOS.

La sección subsiguiente a este capítulo, incluirá información sobre las actualizaciones, el procesamiento de reclamaciones, el límite de responsabilidad de un beneficiario, información sobre no-discriminación, reglas de pago adicional y las actualizaciones al capítulo 20 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, como resultado del Acta de Déficit de Reducción (DRA).

ASIGNACIÓN DE PROVEEDORES AL MACS**CR 5979**

Con el propósito de asistir a la comunidad de Medicare con la transición de los trabajos desde los Intermediarios y *Carriers* a los Contratistas Administrativos de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés), la reasignación de un proveedor de un Intermediario/MAC a otro Intermediario/MAC ha sido detenida. Esta notificación describe el enfoque de CMS para asignar proveedores a los MACs y discute los procedimientos para mover los proveedores a los MACs.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5979.pdf>

OTHER ISSUES**WEBSITE FOR ADDITIONS AND DELETIONS OF ZIP CODES REQUIRING A PLUS FOUR ZIP CODE EXTENSION****CR 5970**

The ZIP code where services are rendered determines the payment locality for services paid under the MPFS and for anesthesia services. Certain ZIP codes fall into more than one payment locality and require a plus four ZIP code extension to ensure proper payment.

This instruction provides the address of the CMS website where the additions and deletions to the ZIP codes requiring a plus four ZIP code extension are posted.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5970.pdf>

PHASE 1 OF MANUAL REVISIONS TO REFLECT PAYMENT CHANGES FOR DMEPOS ITEMS AS A RESULT OF THE DMEPOS COMPETITIVE BIDDING PROGRAM AND THE DEFICIT REDUCTION ACT (DRA) OF 2005**CR 5978**

This is the first of several sections in adding a new chapter (Chapter 36) to the existing Claims Processing Manual in an effort to manualize policies and instructions for Medicare Contractors on the DMEPOS Competitive Bidding Program.

The subsequent section of this chapter will include information about upgrades, claims processing, limitation on beneficiary liability, non-discrimination information, additional payment rules, and updates to Ch 20 of the claim processing manual as a result of the DRA.

ASSIGNMENT OF PROVIDERS TO MACS**CR 5979**

In order to assist the Medicare community with the transition of workload from legacy Fiscal Intermediaries and Carriers to the Medicare Administrative Contractors (MACs), reassignment of a provider from one FI/MAC to another FI/MAC is generally frozen. This notification describes CMS' approach for assigning providers to MACs and discusses the process of moving providers to MACs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5979.pdf>



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