

NOTI MEDICARE

NotiMedicare Septiembre 2008 – Año 14 – Núm. 4

TABLA DE CONTENIDO

RECLAMACIONES

- Actualización anual de los códigos del ICD-9-CM para los contratistas de Medicare 3
- Actualización trimestral octubre 2008 de los códigos utilizados para la facturación consolidada de los centros de Cuidado Diestro de Enfermería
- Actualización de las facturas por códigos de categoría y estatus
- Actualización de julio 2008 del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS) 4
- Notificación de la nueva actualización trimestral al Archivo de Uso Público (PUF) de las tarifas de ambulancia
- Hospitales exentos de informar el Indicador Presente en la Admisión (POA) y los efectos en el agrupador
- Recordatorio 2008 del registro y facturación centralizada para las vacunas de influenza y neumococos
- Nuevo código "K" para el reemplazo del material *interface* 5
- Examen pélvico de cernimiento
- Revisión de los requisitos para la denegación de pagos por nuevas admisiones (DPNA) en la facturación de las facilidades de cuidado diestro
- Nuevo código y factor de Hemofilia
- Implantación de un nuevo código de razón de ajuste (CARC, por sus siglas en inglés) Núm. 213
- Actualización anual 2009 para los pagos de bonos en las Áreas con escasez de Profesionales de Salud (HPSA) 6

CUBIERTA

- FDG Pet para tratar la infección e inflamación 6
- Angiografía Tomográfica Computadorizada Cardíaca (CTA)
- Terapia de Presión Positiva Continua en Vía Aérea (CPAP) para Apnea del Sueño Obstructiva (OSA)
- Cambios al *software* de editajes para la Determinación Nacional de Cubierta de julio 2008 7
- Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA) con *Stenting*
- Prueba de cernimiento DNA *Stool* para cáncer colorectal

TABLE OF CONTENT

CLAIMS

- Medicare Contractor Annual Update of the International Classification of Disease, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) 3
- October Quarterly Update to 2008 Annual Update of HCPCS Codes Used for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB)
- Claims Status Category Code and Claim Status Code Update
- July 2008 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) 4
- Notification of New Quarterly Updates to the Ambulance Fee Schedule Public Use File (PUF)
- Hospitals Exempt from Present on Admission (POA) Reporting and the Affects on Grouper
- 2008 Reminder for Roster Billing and Centralized Billing for Influenza and Pneumococcal Vaccinations
- New "k" Code for Replacement Interface Material 5
- Screening Pelvic Examinations
- Revision of the Requirements for Denial of Payment For New Admissions (DPNA) for Skilled Nursing Facility (SNF) Billing
- New Hemophilia Clotting Factor and HCPCS Code
- Implementation of a New Claim Adjustment Reason Code (CARC) No. 213
- 2009 Annual Update for the Health Professional Shortage Area (HPSA) Bonus Payments 6

COVERAGE

- FDG Pet for Infection and Inflammation 6
- Cardiac Computed Tomographic Angiography (CTA)
- Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Therapy for Obstructive Sleep Apnea (OSA)
- Laboratory National Coverage Determination (NCD) Edit Software Changes for July 2008 7
- Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) with Stenting
- Screening DNA Stool Test for Colorectal Cancer



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. 4

REEMBOLSO

- Requisitos para educar a los proveedores con relación al uso de los datos de informes de costos de Medicare por CMS
- Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) para el Año Fiscal 2006

OTROS ASUNTOS

- Transición de la responsabilidad de la revisión médica de las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, siglas en inglés) 8
- Implantación de los nuevos requisitos de autenticidad de los contratistas para las preguntas por carta o teléfono 9
- Implantación de la Sección 113 a la Legislación Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños
- Segunda fase de las revisiones al Manual para Reflejar los Cambios en Pago de los Dispositivos de DMEPOS como resultado del Programa de Subasta Competitiva y el Acta para el Déficit de Reducción de 2005
- Requisitos de la firma del médico en las pruebas diagnósticas 10

REIMBURSEMENT

- Requirement to Educate Providers Regarding CMS Use of Medicare Cost Report Data 8
- FY 2006 Supplementary Security Income (SSI) Data

OTHER ISSUES

- Transition of Responsibility for Medical Review from Quality Improvement Organizations (QIOS) 8
- Implementation of New Provider Authentication Requirements for Medicare Contractor Provider Telephone and Written Inquiries 9
- Implementation of Section 113 Medicare, Medicaid and State Children's Health Insurance Program (MMSCHIP) Legislation
- Phase 2 of Manual Revisions to Reflect Payment Changes for DMEPOS Items as a Result of the DMEPOS Competitive Bidding Program and the Deficit Reduction Act of 2005
- Physician Signature Requirements for Diagnostic Tests 10



Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Coord. Educación

María Lanzot

Colaboradores

Lilyvette Torres



RECLAMACIONES

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS DEL ICD-9-CM PARA LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE

CR 6107

La siguiente instrucción sirve como recordatorio a los contratistas de Medicare sobre la actualización anual del ICD-9-CM que será efectiva para las fechas de servicio después del 1 de octubre de 2008 (efectivo en las altas desde el 1 de octubre de 2008 para proveedores institucionales).

Usted puede acceder los códigos nuevos, revisados y descontinuados del ICD-9-CM en la página interactiva de CMS en: http://www.cms.hhs.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/07_summarytables.asp#TopOfPage, o en la página interactiva del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés): www.cdc.gov/nchs/icd9.htm en junio de cada año.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6107.pdf>.

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL OCTUBRE 2008 DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERÍA

CR 6111

Esta notificación provee las actualizaciones a la lista de códigos que están sujetos a la provisión de facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos de las facilidades de cuidado diestro de enfermería.

La nueva codificación identificada en cada actualización describe los mismos servicios que están sujetos por ley al sistema de pagos prospectivos de los centros de cuidado diestro de enfermería. Servicios adicionales no serán añadidos por estas actualizaciones de rutina; esto es, nuevas actualizaciones que son requeridas por cambios al sistema de códigos, no porque los servicios sujetos a la facturación consolidada de los centros de cuidado diestro de enfermería sean redefinidos. El código L5670 fue añadido a la lista de códigos incluidos en la facturación consolidada de los centros de cuidado diestro de enfermería.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6111.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LAS FACTURAS POR CÓDIGOS DE CATEGORÍA Y STATUS

CR 6090

Esta instrucción actualiza los códigos de categoría y status de las facturas para uso de los contratistas de Medicare con las transmisiones ASC X12N 276/277 (*Claim Status Request and Response*). Los contratistas que utilizan los códigos según identificados en la lista de códigos para las fechas de comienzo, descontinuación y la última modificación, informarán a los proveedores afectados de todos los cambios en códigos o los añadidos. La actualización de la notificación periódica adjunta, aplica al capítulo 31, sección 20.7 de las facturas por códigos de categoría y estatus para utilizar con la solicitud y respuestas de status de reclamaciones ASC X12N 276/277.

CLAIMS

MEDICARE CONTRACTOR ANNUAL UPDATE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, NINTH REVISION, CLINICAL MODIFICATION (ICD-9-CM)

CR 6107

The following instruction serves as a reminder to contractors regarding the annual ICD-9-CM coding update to be effective for dates of service on or after October 1, 2008 (effective for discharges on or after October 1, 2008 for institutional providers).

You can access the new, revised, and discontinued ICD-9-CM diagnosis codes on the CMS Web site at http://www.cms.hhs.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/07_summarytables.asp#TopOfPage on an annual basis. Providers can view the new updated codes at this site in June. Providers can also visit the National Center for Health Statistics (NCHS) Web site at www.cdc.gov/nchs/icd9.htm.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6107.pdf>

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

CR 6111

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).

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. The HCPCS L5670 was added to the list of codes included in the SNF CB.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6111.pdf>

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

CR 6090

This instruction updates the Claim Status Codes and Claim Status Category Codes for use by Medicare contractors with the Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277. Contractors are to use codes as identified in the code list for Start, Stop and Last Modified dates and inform affected providers of all code changes or additions. The attached Recurring Notification Update applies to Chapter 31, Section 20.7, Health Care Claim Status Category Codes and Health Care Claim Status Codes for Use with the Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277.

ACTUALIZACIÓN DE JULIO 2008 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS)[CR 6094](#)

Esta notificación describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implantadas en la actualización del OPPS para Julio 2008. El Editor de Códigos Ambulatorio Integrado (OCE/I) de Julio 2008 y el pagador de OPPS reflejarán los códigos, los APCs, Modificadores, adiciones de Revenue Codes y cambios identificados en esta notificación.

NOTIFICACIÓN DE LA NUEVA ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL AL ARCHIVO DE USO PÚBLICO (PUF) DE LAS TARIFAS DE AMBULANCIA[CR 6091](#)

Con las continuas reformas de contratación para el procesamiento de reclamaciones, algunos de los números de contratistas/carrier incluidos en el archivo de uso público (PUF) para las tarifas de ambulancia de 2008 publicadas en el Web site de CMS pueden estar inactivos. Para asegurarse de que los números del contratista/carrier contenidos en el archivo sean tan exactos como sea posible, una actualización trimestral al archivo de PUF, con los nuevos números del contratista/carrier, será publicada en el Web site de CMS hasta que toda la reforma de contratación sea completada. La información actualizada será identificada con el texto rojo en *italica*.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6091.pdf>

HOSPITALES EXENTOS DE INFORMAR EL INDICADOR PRESENTE EN LA ADMISIÓN (POA) Y LOS EFECTOS EN EL GROUPE[CR 6086](#)

Aún cuando no es requerido que los hospitales exentos de IPPS informar el indicador POA, estas reclamaciones todavía son procesadas a través del agrupador. Así que, para asegurar que el agrupador no aplique la lógica de condición adquirida (*HAC- Hospital Acquired Condition*) a estos hospitales exentos, el sistema FISS añadirá una "X" al final del indicador POA antes del agrupador. La "X" dará instrucciones al agrupador para que no aplique la lógica de HAC.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6086.pdf>

RECORDATORIO 2008 DEL REGISTRO Y FACTURACIÓN CENTRALIZADA PARA LAS VACUNAS DE INFLUENZA Y NEUMOCOCOS[CR 6121](#)

Los proveedores que prestan solamente servicios de vacunas de influenza pueden registrarse como uno de dos tipos de proveedores. Los proveedores se pueden registrar como uno que factura por un Registro de Inmunización en Masa (proveedor especializado 73) o uno que factura inmunización centralizada. Otras facilidades que facturan a la parte B de Medicare, incluyendo servicios ambulatorios u hospitalizado, pero que no cualifican con el tipo de proveedor 73 pueden continuar la facturación en masa. Los proveedores son responsables de cumplir con las guías para convertirse en uno que factura por un Registro de Inmunización en Masa o uno que factura inmunización centralizada. Además, los proveedores (excepto los suplidores) ya registrados en el Programa Medicare pueden utilizar su número de identificación de proveedor para proveer las vacunas de influenza.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6121.pdf>

JULY 2008 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)[CR 6094](#)

This Notification describes changes to, and billing instructions for various payment policies implemented in the July 2008 OPPS update. The July 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.

NOTIFICATION OF NEW QUARTERLY UPDATES TO THE AMBULANCE FEE SCHEDULE PUBLIC USE FILE (PUF)[CR 6091](#)

With continuing Medicare Claims Processing Contracting reform, some of the Contractor/Carrier numbers included in the 2008 annual Ambulance Fee Schedule Public Use File (PUF) posted to the CMS Web site may be outdated. To ensure that the Contractor/Carrier numbers contained in the file are as accurate as possible, a quarterly update to the PUF file, containing new Contractor/Carrier numbers, will be posted to the CMS Web site until all contracting reform is completed. The updated information will be highlighted with italicized red text.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6091.pdf>

HOSPITALS EXEMPT FROM PRESENT ON ADMISSION (POA) REPORTING AND THE AFFECTS ON GROUPE[CR 6086](#)

Although POA reporting is not required for IPPS exempt hospitals, these claims still process through Grouper. As such, to ensure that Grouper does not apply the Hospital Acquired Condition (HAC) logic to these exempt hospitals, FISS will add an "X" to the End of POA prior to Grouper. The "X" will instruct Grouper to not apply HAC logic.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6086.pdf>

2008 REMINDER FOR ROSTER BILLING AND CENTRALIZED BILLING FOR INFLUENZA AND PNEUMOCOCCAL VACCINATIONS[CR 6121](#)

Providers who only render influenza services may enroll as one of two types of providers. Providers may enroll as a Mass Immunization Roster Biller (specialty provider type 73) or a Centralized Biller. Other facilities that bill Part B of Medicare, including outpatient or inpatient, but do not qualify as type 73 may continue to roster bill. Providers are responsible for meeting the guidelines for being either a Mass Immunizer or Centralized Biller. Additionally, providers (except suppliers) already enrolled in the Medicare program may use their provider identification number to provide influenza vaccinations.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6121.pdf>

NUEVO CÓDIGO "K" PARA EL REEMPLAZO DEL MATERIAL INTERFACE[CR 6075](#)

Efectivo el 1 de abril de 2008, un nuevo código "K" fue establecido para el reemplazo del material *interface*. La publicación inicial de esta notificación periódica puede ser encontrada en el capítulo 23, sección 20 de la publicación 100-04 del Manual en línea solamente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6075.pdf>

EXÁMEN PÉLVICO DE CERNIMIENTO[CR 6085](#)

Se ha traído a la atención de CMS que actualmente la publicación 100-04, capítulo 18, sección 40 contiene información confusa relacionada con el examen pélvico de cernimiento y los elementos que se necesitan para realizar el examen. El Manual no es claro sobre qué elementos son necesarios durante un examen pélvico de cernimiento. Esta instrucción añade un lenguaje a la sección 40 que aclara qué elementos deben ser incluidos cuando es realizado un examen pélvico de cernimiento.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6085.pdf>

REVISIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LA DENEGACIÓN DE PAGOS POR NUEVAS ADMISIONES (DPNA) EN LA FACTURACIÓN DE LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO[CR 6116](#)

Esta instrucción implanta nuevos requisitos de codificación para los proveedores de SNF por la facturación de servicios durante un periodo de DPNA.

El Acta y reglamentaciones de CMS, pueden imponer una denegación de pago por nuevas admisiones (DPNA) contra un SNF cuando una facilidad no está en cumplimiento substancial con los requisitos de participación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6116.pdf>

NUEVO CÓDIGO Y FACTOR DE HEMOFILIA[CR 6006](#)

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de abril de 2008, el código Q4096 (*Injection, Von Willebrand Factor Complex, Human, Ristocetin Cofactor*) será pagado por Medicare. FISS realizará cambios al sistema para los editajes del factor de hemofilia en reclamaciones de hospitalización en la publicación de enero 2009. Este factor es pagado en reclamaciones ambulatorias, desde el 1 de abril de 2008.

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO CÓDIGO DE RAZÓN DE AJUSTE (CARC EN INGLÉS) NÚM. 213[CR 6131](#)

Antes de la publicación del nuevo CARC #213, no había un código específico para identificar las reclamaciones que son denegadas a base de una violación del estatuto de auto referido médico en la sección 1877 del Acta. Un código específico será apropiado de manera que ambos, los proveedores del DSH y los de la industria, conozcan las reclamaciones que son denegadas basado en el no cumplimiento de las prohibiciones de auto referido médico.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6131.pdf>

NEW "K" CODE FOR REPLACEMENT INTERFACE MATERIAL[CR 6075](#)

Effective April 1, 2008, a new "K" code will be established for replacement interface material. The initial release of this RN can be found in chapter 23, section 20 of Pub.100-04 of the Internet-only Manual.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6075.pdf>

SCREENING PELVIC EXAMINATIONS[CR 6085](#)

It has been brought to CMS' attention that currently Pub. 100-04, chapter 18, section 40 contains misleading information regarding screening pelvic examinations and elements needed to perform the examination. The manual is not clear on what elements are needed during a screening pelvic examination. This instruction adds language to section 40 that will clarify what elements should be included when performing a screening pelvic examination.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6085.pdf>

REVISION OF THE REQUIREMENTS FOR DENIAL OF PAYMENT FOR NEW ADMISSIONS (DPNA) FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) BILLING[CR 6116](#)

This instruction implements new coding requirements for SNF providers billing services during a DPNA period.

Under the Act at §§1819(h) and 1919(h) and CMS' regulations at 42 CFR 488.417, CMS may impose a denial of payment for new admissions (DPNA) against a SNF when a facility is not in substantial compliance with requirements of participation.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6116.pdf>

NEW HEMOPHILIA CLOTTING FACTOR AND HCPCS CODE[CR 6006](#)

Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2008, Health Care Procedure Code System (HCPCS) code Q4096 (*Injection, Von Willebrand Factor Complex, Human, Ristocetin Cofactor*) will be payable for Medicare. Appropriate systems changes for editing hemophilia clotting factors on inpatient claims will be made by FISS in the January 2009 release. This factor is payable on outpatient claims effective April 1, 2008.

IMPLEMENTATION OF A NEW CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE (CARC) NO. 213[CR 6131](#)

Prior to the publication of the new CARC #213, there was no specific code to describe claims that are denied based on a violation of physician self-referral statute at Section 1877 of the Act. A specific code is appropriate so both the providers of DHS and the industry know that claims are being denied based on the non compliance with the physician self-referral prohibitions.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6131.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL 2009 PARA LOS PAGOS DE BONOS EN LAS ÁREAS CON ESCASEZ DE PROFESIONALES DE SALUD (HPSA)**CR 6150**

Los bonos de HPSA son pagaderos por los servicios provistos por médicos en las áreas designadas como HPSA. El archivo automatizado de CMS para el código postal será poblado utilizando las últimas designaciones realizadas tan cerca como el 1 de noviembre de cada año. Esta actualización anual de solicitud de cambio proveerá el nombre del último archivo de prueba y el nombre del archivo final para los pagos de bonos de HPSA para el 2009.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6150.pdf>

CUBIERTA**FDG PET PARA TRATAR LA INFECCIÓN E INFLAMACIÓN****CR 6099**

CMS continúa con su no-cobertura nacional del *FDG PET* para las indicaciones solicitadas. Basado en su revisión, CMS determinó que la evidencia es inadecuada para concluir que el *FDG PET* para la osteomielitis crónica, la infección por la artroplastía de cadera, y la fiebre de origen desconocido mejora los resultados de la salud en la población Medicare, y por lo tanto, ha determinado que el *FDG PET* para la osteomielitis crónica, la infección por la artroplastía de cadera, y la fiebre de origen desconocido no es razonable y necesario. Además, CMS también determina que esta solicitud de cobertura es inapropiada para el paradigma de Cobertura con Desarrollo de Evidencia (CED).

ANGIOGRAFÍA TOMOGRÁFICA COMPUTADORIZADA (CTA) CARDIACA**CR 6098**

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid han determinado, basado en la revisión de evidencia disponible, que la cubierta del CTA cardiaco para el diagnóstico de la enfermedad de arteria coronaria (CAD), deberá permanecer a discreción del contratista local, y ninguna otra determinación de cubierta nacional (NCD) es apropiada en este momento.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6098.pdf>

TERAPIA DE PRESIÓN POSITIVA CONTÍNUA EN VÍA AÉREA (CPAP) PARA APNEA DEL SUEÑO OBSTRUCTIVA (OSA)**CR 6048**

Después de una reconsideración, la cubierta de la terapia de CPAP para OSA ha sido expandida para incluir un diagnóstico positivo de OSA realizado utilizando un prueba del sueño en el hogar bajo criterios específicos.

Esta revisión es una determinación nacional de cubierta (NCD). Los NCDs son requeridos para todos los carriers, intermediarios fiscales, organizaciones para el mejoramiento de calidad, contratistas independientes cualificados, el consejo de apelaciones de Medicare, y jueces administrativos de apelaciones.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6048.pdf>

2009 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENTS**CR 6150**

HPSA bonuses are payable for services furnished by physicians in areas designated as HPSAs. The CMS automated ZIP code file shall be populated using the latest designations made as close as possible to November 1 of each year. This yearly update Change Request will provide the name of the test file and the name of the final file for the HPSA bonus payments for 2009.

A provider education article related to this instruction: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6150.pdf>

COVERAGE**FDG PET FOR INFECTION AND INFLAMMATION****CR 6099**

CMS is continuing its national non-coverage of FDG PET for the requested indications. Based upon its review, CMS determines that the evidence is inadequate to conclude that FDG PET for chronic osteomyelitis, infection of hip arthroplasty, and fever of unknown origin improves health outcomes in the Medicare populations, and therefore has determined that FDG PET for chronic osteomyelitis, infection of hip arthroplasty, and fever of unknown origin is not reasonable and necessary. Additionally, CMS also determines that this request for coverage is not appropriate for the Coverage with Evidence Development (CED) paradigm.

CARDIAC COMPUTED TOMOGRAPHIC ANGIOGRAPHY (CTA)**CR 6098**

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6098.pdf>

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) THERAPY FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA)**CR 6048**

After reconsideration, coverage for CPAP therapy for OSA is expanded to include a positive diagnosis of OSA made using a home sleep test under specified criteria.

This revision is a national coverage determination (NCD). NCDs are bidding on all carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, qualified independent contractors, the Medicare appeals council, and administrative law judges (ALJs)

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6048.pdf>

CAMBIOS AL SOFTWARE DE EDITAJES PARA DETERMINACIÓN NACIONAL DE CUBIERTA DE LABORATORIO DE JULIO 2008[CR 6084](#)

Este comunicado anuncia los cambios que serán incluidos en la publicación trimestral de Julio 2008 del módulo de editajes para los NCD de laboratorios clínicos de diagnóstico. Los NCDs para los servicios de laboratorio clínicos de diagnóstico fueron desarrollados por el comité regulador para el negociado de laboratorios y publicado en una regla final el 23 de noviembre de 2001. El programa (software) nacionalmente uniforme fue desarrollado e incorporado en los sistemas compartidos de modo que las reclamaciones de laboratorio sujetos a uno de los 23 NCDs fueran procesados uniformemente en la nación efectivo el 1 de enero de 2003.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6084.pdf>

ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (PTA) CON STENTING[CR 6137](#)

El 12 de mayo de 2008, CMS publicó en la sección 20.7 del manual de Determinación Nacional de Cubierta (NCD) de Medicare un memorando de decisión final tras la reconsideración la NCD de PTA con la colocación de un *stent* intracraneal. Efectivo el 12 de mayo de 2008, CMS reafirmó su NCD existente sin cambios y continuará cubriendo el PTA y el *stenting* de arterias intracraneales para el tratamiento de la estenosis de la arteria cerebral mayor o igual a 50% en pacientes con una condición arteriosclerótica intracraneal, cuando es provista de acuerdo con los protocolos aprobados por la FDA, los cuales regulan las pruebas clínicas con IDE categoría B. CMS continuará su no-cubierta nacional para el resto de las indicaciones del PTA con o sin *stenting* para el tratamiento de las lesiones de arterias vertebrales y cerebrales obstruidas.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6137.pdf>

PRUEBA DE CERNIMIENTO DNA STOOL PARA CANCER COLORECTAL[CR 6145](#)

Después de una reconsideración de la Determinación Nacional de Cubierta (NCD) actual para el cernimiento de cáncer colorectal, CMS propone el no ampliar el beneficio de cernimiento de cáncer colorectal para incluir la cubierta de PreGen-Plus una prueba disponible en el mercado para el DNA de cernimiento. La FDA determina que esta prueba requiere la revisión y aprobación para la pre venta. Una solicitud para una reconsideración subsiguiente será considerada una vez se obtenga la aprobación de la FDA.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6145.pdf>

LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE CHANGES FOR JULY 2008[CR 6084](#)

This transmittal announces the changes that will be included in the July 2008 quarterly release of the edit module for clinical diagnostic laboratory services. The NCDs for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published a final rule on November 23, 2001. Nationally uniform software was developed and incorporated in the shared systems so that laboratory claims subject to one of the 23 NCDs were processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6084.pdf>

PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) WITH STENTING[CR 6137](#)

On May 12, 2008, CMS posted a final decision memorandum following reconsideration of its National Coverage Determination (NCD) on PTA with intracranial stent placement at section 20.7, of the Medicare NCD Manual. Effective May 12, 2008, CMS is reaffirming its existing NCD with no changes, and will continue to cover PTA and stenting of intracranial arteries for the treatment of cerebral artery stenosis ≥ 50 percent in patients with intracranial atherosclerotic disease when furnished in accordance with the FDA-approved protocols governing Category B IDE trials. CMS will continue its national non-coverage for all other indications for PTA with or without stenting to treat obstructive lesions of the vertebral and cerebral arteries.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6137.pdf>

SCREENING DNA STOOL TEST FOR COLORECTAL CANCER[CR 6145](#)

Following reconsideration of the current national coverage determination (NCD) for colorectal cancer screening, CMS proposes not to expand the colorectal cancer screening benefit to include coverage of PreGen-Plus, a commercially available screening DNA stool test. The FDA determines that this test requires premarket review and approval. A subsequent request for reconsideration will be considered once FDA approval is obtained.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6145.pdf>



REEMBOLSO

REQUISITOS PARA EDUCAR A LOS PROVEEDORES CON RELACIÓN AL USO DE DATOS DE INFORMES DE COSTOS MEDICARE POR CMS

CR 6132

El propósito de esta instrucción es solicitar a los contratistas de Medicare educar a los proveedores con respecto a la manera específica que CMS utiliza los datos del Informe de Costo de Medicare (MCR). Es compulsorio para los proveedores de Medicare someter los informes de costo anualmente. Los datos del MCR juegan un papel fundamental en el desarrollo de las entradas de índices de precios (market baskets) utilizados para actualizar los pagos de PPS. De igual forma, son esenciales en la evaluación de los pagos conforme a Medicare. Es responsabilidad de los contratistas de Medicare proveer información a los proveedores con respecto a cómo CMS utiliza los datos del MCR para actualizar en el futuro el sistema de pagos prospectivos ambulatorios (PPS). Es crucial que los proveedores de Medicare completen estos informes con datos válidos y completos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6132.pdf>

INGRESO DE SEGURO SUPLEMENTARIO (SSI) PARA EL AÑO FISCAL 2006

CR 6126

El siguiente artículo está basado en la solicitud de cambio 6126, la cual indica que, desde el 5 de mayo de 2008, los hospitales (**esto incluye a los hospitales de cuidado agudo pagados bajo el sistema de pagos prospectivos y hospitales de rehabilitación (IRF)**) pueden elegir utilizar sus datos de SSI del año fiscal 2005 o 2006 de los archivos publicados en el *website* de los Centros de Servicios Medicare y *Medicaid* (CMS) para someter su informe de costo, el cual, de otra manera, sería sometido con los datos de SSI del año fiscal 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6126.pdf>

OTROS ASUNTOS

TRANSICIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA REVISIÓN MÉDICA DE LAS ORGANIZACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (QIO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

CR 5849

Los Intermediarios y MACs ahora realizarán la revisión médica de las reclamaciones de hospitalizaciones en facilidades agudas, (PPS-DRG) y de los LTCH (*Long Term Care Hospital*) (para los propósitos de esta instrucción, también se incluyen reclamaciones de cualquier hospital que estuviera sujeto a IPPS o LTCH PPS de no habersele concedido un relevo de responsabilidad), para asegurar que CMS paga solamente por los servicios cubiertos, correctamente codificados, y médicamente necesarios.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5849.pdf>

REIMBURSEMENT

REQUIREMENT TO EDUCATE PROVIDERS REGARDING CMS USE OF MEDICARE COST REPORT DATA

CR 6132

The purpose of this instruction is to require Medicare contractors to educate Medicare providers regarding the specific way that CMS uses Medicare Cost Report (MCR) data. Medicare providers are statutorily required to submit cost reports annually. MCR data play a central role in the development of the input price indexes (market baskets) used to update PPS payments. Similarly, they are essential in evaluating Medicare payment adequacy. It is the responsibility of Medicare contractors to supply information to providers regarding how CMS uses the MCR data to update future Prospective Payment System (PPS) payments. It is crucial that Medicare providers fill out these reports with complete and valid data.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6132.pdf>

FY 2006 SUPPLEMENTARY SECURITY INCOME (SSI) DATA

CR 6126

The following article is based on Change Request 6126, which states that, **as of May 5, 2008, hospitals (this includes acute care hospitals paid under the inpatient prospective payment system and inpatient rehabilitation facilities (IRF))** may elect to use either its FY 2005 or FY 2006 SSI ratio from the files published on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website to file its cost report that would otherwise be submitted with the FY 2006 SSI ratio.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6126.pdf>

OTHER ISSUES

TRANSITION OF RESPONSIBILITY FOR MEDICAL REVIEW FROM QUALITY IMPROVEMENT ORGANIZATIONS (OIOS)

CR 5849

Fls and MACs will now perform medical review for Acute IPPS hospital and LTCH claims (which, for the purposes of this instruction, also includes claims from any hospital that would be subject to the IPPS or LTCH PPS had it not been granted a waiver), to ensure CMS only pays for covered, correctly coded, and medically necessary services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5849.pdf>

IMPLANTACIÓN DE LOS NUEVOS REQUISITOS DE AUTENTICIDAD DE LOS CONTRATISTAS PARA LAS PREGUNTAS POR CARTA O TELÉFONO

[CR 6139](#)

La siguiente instrucción se relaciona con los requisitos de autenticidad del proveedor, necesarios para completar las transacciones del IVR y las llamadas a través de los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés). El *Disclosure Desk Reference* para los Centros de Contacto del proveedor será actualizado en el capítulo 3, sección 30 y el capítulo 6, sección 80 para reflejar estos cambios. CMS requerirá el *National Provider Identifier (NPI)*, el *Provider Transaction Access Number (PTAN)*, y los últimos 5 dígitos del *tax identification number (TIN)* del proveedor para autenticar una llamada. CMS también requerirá el NPI, PTAN y el TIN para la correspondencia escrita con excepción de aquellos proveedores que utilizan membrete. Para esta instrucción, la fecha de implantación precede a la fecha de efectividad para permitir la actualización del sistema compartido y/o los procesos de negocio antes de que las nuevas políticas para el procesamiento de reclamaciones sean efectivas.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6139.pdf>

IMPLANTACIÓN DE LA SECCIÓN 113 A LA LEGISLACIÓN DE MEDICARE, MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS

[CR5987](#)

El Acta de Extensión de Medicare, *Medicaid* y el Programa de Seguro de Salud de Niños de 2007, aprobado en diciembre de 2007, incluía la sección 113. La sección 113 de la legislación fijó el precio para cualquier prueba diagnóstica de *HbA1C* que sea rotulada por la FDA para uso en el hogar igual a la tarifa de pago por una prueba de hemoglobina *glycated* (identificada el 1 de octubre de 2007, por el código 83036 (y cualquier código sucesivo)). La nueva ley es efectiva para las pruebas provistas a partir del 1 de abril de 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5987.pdf>

2DA FASE DE LAS REVISIONES AL MANUAL PARA REFLEJAR LOS CAMBIOS EN PAGO DE LOS DISPOSITIVOS DE DMEPOS COMO RESULTADO DEL PROGRAMA DE SUBASTA COMPETITIVA Y EL ACTA PARA EL DÉFICIT DE REDUCCIÓN DE 2005

[CR 6119](#)

Esta segunda parte del capítulo 36 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones provee información adicional sobre el Programa de Subasta Competitiva de Equipo Médico Duradero, Protésicos, Ortóticos y Suplidos (DMEPOS) para contratistas de Medicare y suplidores. Esta parte no contiene nuevas instrucciones para los contratistas de Medicare sobre este programa. Instalaciones subsiguientes a este capítulo incluirán información adicional e instrucciones sobre el programa para los contratistas de Medicare y suplidores.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6119.pdf>

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

[CR 6139](#)

The following instruction intends to address the necessary provider authentication requirements to complete IVR transactions and to complete a call with a Customer Service Representative (CSR). The Disclosure Desk Reference for Provider Contact Centers will be updated in Chapter 3, section 30 and Chapter 6, section 80 to reflect these changes. CMS will require the National Provider Identifier (NPI), Provider Transaction Access Number (PTAN), and the last 5-digits of the tax identification number (TIN) of the provider to authenticate a call. CMS will also request the NPI, PTAN, and TIN for written correspondence with exceptions for providers who use letterhead. For this instruction, the implementation date precedes the effective date to allow for shared-system and/or business process updates before new claims processing policies take effect.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6139.pdf>

IMPLEMENTATION OF SECTION 113 MEDICARE, MEDICAID AND STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (MMSCHIP) LEGISLATION

[CR5987](#)

The MMSCHIP Extension Act of 2007, which passed in December 2007, included Section 113. Section 113 of the legislation set the price for any diagnostic test for HbA1C that is labeled by the FDA for home use equal to the payment rate for a glycated hemoglobin test (identified as of October 1, 2007, by HCPCS code 83036 (and any succeeding codes)). The new law is effective for tests furnished on or after April 1, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5987.pdf>

PHASE 2 OF MANUAL REVISIONS TO REFLECT PAYMENT CHANGES FOR DMEPOS ITEMS AS A RESULT OF THE DMEPOS COMPETITIVE BIDDING PROGRAM AND THE DEFICIT REDUCTION ACT OF 2005

[CR 6119](#)

This second installment of chapter 36 of the Claims Processing Manual provides additional information about the Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program for Medicare Contractors and suppliers. This installment does not contain new instructions for Medicare Contractors for this program. Subsequent installments to this chapter will include additional information and instructions for Medicare Contractors and suppliers on this program.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6119.pdf>

REQUISITOS DE LA FIRMA DEL MÉDICO EN LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

CR 6100

La información en esta instrucción actualiza el manual para incorporar el lenguaje que fue contenido previamente en la sección 15021 del manual del *carrier*. Este lenguaje fue omitido inadvertidamente cuando el manual en Internet fue publicado. También se añade lenguaje aclaratorio al final de la sección del manual para reflejar el hecho de que, aunque no se requiere que una orden médica esté firmada, el médico tiene que documentar claramente en el expediente médico, su intención de que la prueba se realice.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6100.pdf>



PHYSICIAN SIGNATURE REQUIREMENTS FOR DIAGNOSTIC TESTS

CR 6100

The information in this instruction updates the manual to incorporate language that was previously contained in Section 15021 of the Medicare Carriers Manual. This language was inadvertently omitted when the Internet Only Manual was published. Also, some further clarifying language has been added to the end of the manual section to reflect the fact that, while a physician order is not required to be signed, the physician must clearly document, in the medical record, his or her intent that the test be performed.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6100.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