

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Diciembre 2008 – Año 15 – Núm. 1

TABLA DE CONTENIDO

MENSAJE ESPECIAL

- Boletín especial preparado por el J9 MAC

ACTUALIZACIONES

- Actualización de los deducibles de Medicare, coaseguros y primas para el 2009
- Actualización de los Beneficios del Examen Físico Preventivo Inicial
- Actualización anual de los códigos HCPCS para el 2009
- Actualización anual 2009 al listado de códigos de terapia
- Actualización anual para las facilidades de rehabilitación: cambios al pagador del Sistema de Pagos Prospectivos para el 2009
- Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios de octubre 2008
- Actualización trimestral de los editajes para la iniciativa de codificación correcta, versión 14.3, efectivo el 1 de octubre de 2008
- Actualización 2009 del Sistema de Pagos Prospectivos para el pagador de los centros de cuidado diestro de enfermería
- Actualización del cargo razonable 2009 de tablillas, yesos, suplidos y equipo para diálisis y ciertos lentes intraoculares
- Actualización de códigos taxonómicos para proveedores de salud
- Actualización de las tarifas 2009 para equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suplidos
- Actualización anual de los códigos utilizados para la facturación consolidada de salud en el hogar
- Actualización de los códigos de razón para el ajuste de reclamaciones y códigos de remesa

REVISIONES

- Preparación para la emergencia de una influenza pandémica
- Forma revisada del ABN CMS-R 131 por cargos no cubiertos
- Revisión a la política de transferencia de cuidado post agudo en un sistema de pagos prospectivos
- Números de Identificación Nacional para proveedores secundarios

TABLE OF CONTENT

SPECIAL MESSAGE

- Special bulletin prepared by the J9 MAC

UPDATES

- Update to Medicare deductible, coinsurance and premium rates for 2009
- Update to the Initial Preventive Physical Examination Benefit
- 2009 Annual update of HCPCS codes
- 2009 Annual update to the therapy code list
- Inpatient rehabilitation facility annual update: Prospective Payment System pricer changes for FY 2009
- October 2008 update of the hospital outpatient Prospective Payment System
- Quarterly update to correct coding initiative edits, version 14.3, effective October 1, 2008
- Medicare Part A skilled nursing facility Prospective Payment System pricer update FY 2009
- Reasonable charge update for 2009 for splints casts dialysis supplies, dialysis equipment, and certain intraocular lenses
- Healthcare provider taxonomy codes update
- Fee schedule update for 2009 for durable medical equipment, prosthetics, orthotics and supplies
- Annual update of HCPCS codes used for home health consolidated billing enforcement
- Remittance advice remark code and claim adjustment reason code update

REVIEWS

- Influenza pandemic emergency preparedness
- Revised Form CMS-R 131 ABN of noncoverage
- Revision to the Inpatient Prospective Payment System post acute transfer policy
- National Provider Identifiers for secondary providers



Junta Editora

Ramfis Vélez
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Coord. Educación

María Lanzot

Colaboradores

Lilyvette Torres



NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Diciembre 2008 – Año 15 – Núm. 1

- Terapia de presión positiva continua en vía aérea para Apnea del sueño obstructiva 8
- Dispositivos prostéticos implantados a pacientes hospitalizados bajo la Parte B 9
- Vacunas de pneumococos, influenza y hepatitis B

RECLAMACIONES

- Tarifas permitidas para los viajes de colección de especímenes 9
- Factor de inflación de ambulancia para el 2009
- Cambios al Sistema de Pagos Prospectivos de Hospitalizaciones, hospital de cuidado prolongado y facilidades psiquiátricas para el 2009 10
- Requisitos de cualificación por estadías de hospital en las reclamaciones de enfermería especializada y camas intercambiables
- Instrucciones para la implantación de internet basado en el sistema de inscripción de proveedores
- Archivo y recuperación del editor de códigos integrado ambulatorio y editor de códigos de Medicare para el procesamiento de reclamaciones 11
- Instrucciones sobre manejo de políticas financieras-preparación para la emergencia de influenza pandémica
- Pagos permitidos por las vacunas de influenza y neumococos basado en el 95% del precio de venta promedio
- Requisitos para la firma del médico en las pruebas de laboratorio
- Monitoreo del Prothrombin Time para el manejo de la anticoagulación en el hogar 12
- Nuevas tarifas de pago 2008 efectivas para las fechas de servicio del 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2008
- Uso del programa de información de datos de calidad para el sistema de pagos prospectivos ambulatorios en hospital
- Aumento en el pago de las tarifas a las clínicas rurales de salud y centros de salud federal cualificados
- Nuevos códigos para el factor anticoagulante de hemofilia 13
- Adición de ciertas entidades como puntos de origen para el pago de los servicios telesalud

- Continuous positive airway pressure therapy for obstructive sleep apnea 8
- Payment for implanted prosthetic devices for Part B inpatients 9
- Pneumococcal, influenza virus, and hepatitis B vaccines

CLAIMS

- Medicare travel allowance fees for collection of specimens 9
- Ambulance inflation factor for CY 2009
- Fiscal Year 2009 Inpatient Prospective Payment System, long term care hospital, and inpatient psychiatric facility PPS changes 10
- Requirements of qualifying hospital stays on inpatient skilled nursing facility and swing bed claims
- Instructions for the implementation of the internet based provider enrollment, chain and ownership system
- Archiving and retrieving of the integrated outpatient code editor and the Medicare code editor for processing claims 11
- Influenza pandemic emergency preparedness instructions concerning financial management policies
- Influenza vaccine and the pneumococcal vaccine payment allowances based on 95% of the average wholesale price
- Physician signature requirements for diagnostic tests
- Prothrombin Time monitoring for home anticoagulation management 12
- New 2008 Medicare physician fee schedule payment rates effective for date of service July 1, 2008 through December 31, 2008
- Application of the hospital outpatient quality data reporting program under the hospital outpatient prospective payment system
- Announcement of Medicare rural health clinics and federally qualified health centers payment rate increases
- New hemophilia clotting factor and HCPCS code 13
- Adding certain entities as originating sites for payment of telehealth services



Junta Editora

Ramfis Vélez
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Coord. Educación

María Lanzot

Colaboradores

Lilyvette Torres



NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

NotiMedicare Diciembre 2008 – Año 15 – Núm. 1

REVISIÓN MÉDICA

- Cambios a las determinaciones de cubierta nacional de laboratorios para octubre 2008 13
- Sistema de información para el manejo de la integridad del programa 14
- Incorporación de las recientes revisiones reguladoras al Capítulo 10 del Manual para la Integridad del Programa
- Compendio como medio autorizado para uso en la determinación de un *Medically Accepted Indication*

MEDICAL REVIEW

- Laboratory national coverage determination edit software for October 2008 13
- Program integrity management reporting systems 14
- Incorporation of recent regulatory revisions into Chapter 10 of the Program Integrity Manual
- Compendia as authoritative sources for use in the determination of a medically accepted indication



Junta Editora

Ramfis Vélez
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

Coord. Educación

María Lanzot

Colaboradores

Lilyvette Torres



MENSAJE ESPECIAL

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron el 12 de septiembre que se le otorgó a First Coast Service Options, Inc. (FCSO) el contrato administrativo para la jurisdicción 9 (MAC J9). A partir del 1 de marzo de 2009 FCSO será responsable de procesar las reclamaciones de la Parte A y B de Medicare en la Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes.

Este último ejemplar del NotiMedicare incluye un boletín especial preparado por FCSO con más información sobre los procesos de transición.

Para ver el boletín especial, favor de acceder la siguiente dirección:

<http://www.fcso.com/Transition/News/137289.pdf>

ACTUALIZACIONES

ACTUALIZACIÓN DE LOS DEDUCIBLES DE MEDICARE, COASEGUROS Y PRIMAS PARA EL 2009

[CR 6258](#)

Parte A: Seguro de Hospital

Deducible \$1,068.00 por los primeros 60 días (por periodo de beneficio)

Coaseguro \$267.00 diario (61-90 días)
\$534.00 diario (91-150 días de reserva)
\$133.50 diario (del 21 a 100 días (Coaseguro SNF))

Primas de Medicare para el 2009

\$443.00 mensual
\$244.00 mensual (personas con 30 a 39 créditos)

Parte B: Seguro Médico

\$96.40 por mes (no cambio desde el 2008)
\$135.00 anual (no cambio desde el 2008)

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6258.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL EXAMEN FÍSICO PREVENTIVO INICIAL (IPPE)

[CR 6223](#)

Efectivo el 1 de enero de 2009, fue expandida la cubierta para el examen físico preventivo inicial (IPPE). Esta cubierta expandida está sujeta a cierta elegibilidad y a otras limitaciones que permitan el pago de un IPPE, no más tarde de 12 meses después de la fecha en que comienza el primer periodo de cubierta individual bajo la Parte B de Medicare. El IPPE ha sido expandido para incluir la medida del índice de masa corporal del individuo, y la planificación de la expectativa de vida. El electrocardiograma de cernimiento ya no será obligatorio como parte del IPPE, pero puede ser realizado como un servicio opcional una sola vez como resultado de un referido desde un IPPE.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6223.pdf>

SPECIAL MESSAGE

On September 12, 2008 the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) announced that First Coast Service Options, Inc. (FCSO) was awarded with the administrative contract for the Jurisdiction 9 (MAC J9). Starting March 1, 2009, FCSO will be responsible for the Part A + B claims processing for Florida, Puerto Rico and the Virgin Islands.

This latest NotiMedicare includes a special bulletin prepared by FCSO with more information about the transition process.

Please click on the address below to view the special bulletin:

<http://www.fcso.com/Transition/News/137288.pdf>

UPDATES

UPDATE TO MEDICARE DEDUCTIBLE, COINSURANCE AND PREMIUM RATES FOR 2009

[CR 6258](#)

2009 Part A: Hospital Insurance

Deductible \$1,068.00 for the first 60 days (per benefit period)

Coinsurance \$267.00 a day for 61st-90th day
\$534.00 a day for 91st-150th day (lifetime reserve days)
\$133.50 a day for 21st-100th day (Skilled Nursing Facility Coinsurance)

Medicare Premiums for 2009

\$443.00 a month
\$244.00 a month (for those who have 30-39 quarters of coverage)

2009 Part B: Supplementary Medical Insurance

Standard Premium \$96.40 a month (unchanged from 2008)
Deductible \$135.00 a year (unchanged from 2008)

A provider education article related to this instruction is available at:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6258.pdf>

UPDATE TO THE INITIAL PREVENTIVE PHYSICAL EXAMINATION (IPPE) BENEFIT

[CR 6223](#)

Effective January 1, 2009, coverage for the Initial Preventive Physical Examination (IPPE) has been expanded. This expanded coverage is subject to certain eligibility and other limitations that allow payment for an IPPE, not later than 12 months after the date the individual's first coverage period begins under Medicare Part B. The IPPE has been expanded to include measurement of an individual's body mass index, and end-of-life planning. The screening electrocardiogram is no longer a mandatory part of the IPPE, but it may be performed as an optional one-time service as a result of a referral from an IPPE.

A provider education article related to this instruction is available at:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6223.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS HCPCS PARA EL 2009[CR 6220](#)

Los cambios a los códigos HCPCS y las designaciones de las tarifas Medicare serán utilizadas para revisar los editajes del CWF, para permitir a los *carriers* e intermediarios realizar pagos apropiados de acuerdo con la política para la facturación consolidada de los SNF en el Capítulo 6, Sección 110.4.1 para los *carriers* y Capítulo 6, Sección 20.6 para los intermediarios.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6220.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL 2009 AL LISTADO DE CÓDIGOS DE TERAPIA[CR 6254](#)

Esta instrucción actualiza el listado de códigos que algunas veces o siempre describe los servicios de terapia. El anejo de la notificación actualizada aplica al Capítulo 5, Sección 20.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6254.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL PARA LAS FACILIDADES DE REHABILITACIÓN (IRF): CAMBIOS AL PAGADOR DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA EL 2009[CR 6166](#)

La regla final del IRF PPS para el 2009 publicada el 1 de agosto de 2008 dispuso las tarifas de pago prospectivo aplicables para el IRF del 2009. Un nuevo paquete del programa del IRF PRICER se publicó antes del 1 de octubre de 2008, el cual contiene las tarifas actualizadas efectivas para las reclamaciones con altas del 1 de octubre de 2008 hasta el 30 de septiembre de 2009.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6166.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS) DE OCTUBRE 2008[CR 6196](#)

Esta notificación actualizada describe los cambios e instrucciones de facturación de varias políticas de pago implantadas en la actualización de octubre 2008. El editor de códigos integrado (I/OCE) de octubre 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.

Las revisiones de octubre 2008 al archivo de datos del I/OCE, instrucciones y especificaciones son provistas en el CR6186 - Especificaciones del OCE Integrado (I/OCE) versión 9.3 de octubre 2008.

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS EDITAJES PARA LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA, VERSIÓN 14.3, EFECTIVO EL 1 DE OCTUBRE DE 2008[CR 6169](#)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid desarrollaron una iniciativa nacional de codificación correcta para promover metodologías nacionales de codificación correcta y controlar la codificación incorrecta que lleva al pago inadecuado de reclamaciones en la parte B.

Las políticas de codificación desarrolladas están basadas en los acuerdos de codificación definidas en el Manual de CPT de la *American Medical Association*, en las correcciones y en las políticas locales y nacionales, en las guías de codificación desarrolladas por las sociedades nacionales, en el análisis de los estándares de la práctica médica y quirúrgica y revisión de la práctica de codificación actual.

2009 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES[CR 6220](#)

Changes to Healthcare Common Procedure Coding System codes and Medicare Physician Fee Schedule designations will be used to revise CWF edits to allow carriers and FIs to make appropriate payments in accordance with policy for SNF consolidated billing in Chapter 6, Section 110.4.1 for Carriers and Chapter 6, Section 20.6 for FIs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6220.pdf>

2009 ANNUAL UPDATE TO THE THERAPY CODE LIST[CR 6254](#)

This instruction updates the list of codes that sometimes or always describe therapy services. The attached Recurring Update Notification applies to Chapter 5, Section 20.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6254.pdf>

INPATIENT REHABILITATION FACILITY (IRF) ANNUAL UPDATE: PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER CHANGES FOR FY 2009[CR 6166](#)

The FY 2009 IRF PPS Final Rule published on August 1, 2008, sets forth the prospective payment rates applicable for IRFs for FY 2009. A new IRF PRICER software package will be released prior to October 1, 2008 that will contain the updated rates that are effective for claims with discharges that fall within October 1, 2008 through September 30, 2009.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6166.pdf>

OCTOBER 2008 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)[CR 6196](#)

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

October 2008 revisions to I/OCE data files, instructions, and specifications are provided in Change Request (CR) 6186, October 2008 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 9.3.

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 14.3, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2008[CR 6169](#)

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.

The coding policies developed are based on coding conventions defined in the American Medical Association's CPT manual, national and local policies and edits, coding guidelines developed by national societies, analysis of standard medical and surgical practice and review of current coding practice.

ACTUALIZACIÓN 2009 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA EL PAGADOR DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERÍA

[CR 6193](#)

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) publicaron las tarifas de pago para el 2008 de los Centros de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF, por sus siglas en inglés), es decir, comenzando el 1 de octubre de 2007 hasta el 30 de septiembre de 2008, en el **Federal Register** el 3 de agosto de 2006. CMS publicó dos anuncios de corrección para las tarifas de pago de los SNFs para el 2008, el 28 de septiembre de 2007 y el 30 de noviembre de 2007. La metodología actualizada es idéntica a la utilizada el año anterior e incluirá el reembolso de MMA para los beneficiarios con SIDA. Esta actualización incluye los nuevos índices de *case-mix* utilizando los ajustes recalculados de *case-mix* de datos reales.

Las tarifas de PPS para los SNFs fueron efectivas el 1 de octubre de 2008 y fueron publicadas en el **Federal Register** antes de esa fecha.

ACTUALIZACIÓN DEL CARGO RAZONABLE 2009 DE TABLILLAS, YESOS, SUPLIDOS Y EQUIPO PARA DIÁLISIS Y CIERTOS LENTES INTRAOCULARES

[CR 6221](#)

La siguiente instrucción provee las disposiciones relacionadas con el cálculo de cargos razonables para los pagos de reclamaciones de tablillas, yeso, suplidos y equipo de diálisis y lente intraocular provistos en el 2009. La publicación inicial de esta notificación puede ser encontrada en el Capítulo 23, Sección 80 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones que está en Internet.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6221.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE CÓDIGOS TAXONÓMICOS PARA PROVEEDORES DE SALUD

[CR 6190](#)

HIPAA requiere que las entidades cubiertas cumplan con los requisitos de las guías de implantación en el formato de transacciones electrónicas adoptadas como normas nacionales. Las guías de implantación estándar para las reclamaciones electrónicas institucional y profesional (X12 837-I y 837-P) requieren el uso de códigos válidos contenidos en el conjunto de códigos taxonómicos, cuando exista la necesidad de informar el tipo de proveedor, médico o especialidad en una reclamación.

El conjunto de códigos taxonómicos es mantenido por el Comité Nacional de la Reclamación Uniforme (NUBC, por sus siglas en inglés) para la clasificación estandarizada de los proveedores de salud. El NUBC actualiza el conjunto de códigos dos veces al año con los cambios efectivos el 1 de abril y el 1 de octubre.

La lista de códigos taxonómicos está disponible en el website del *Washington Publishing Company*: <http://www.wpc-edi.com/code/taxonomy> en las siguientes dos formas:

- Una lista en formato PDF libre de costo
- Una representación de la lista electrónica (disponible para la venta)

MEDICARE PART A SKILLED NURSING FACILITY (SNF) PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) PRICER UPDATE FY 2009

[CR 6193](#)

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) published the SNF payment rates for FY 2008 (that is, beginning October 1, 2007 through September 30, 2008), in the **Federal Register** on August 3, 2006. CMS published two Correction Notices to the SNF payment rates for FY 2008 on September 28, 2007 and November 30, 2007. The update methodology is identical to that used in the previous year and will include the MMA reimbursement for beneficiaries with AIDS. This update includes new case-mix indexes using the recalculated case-mix adjustments based on actual data.

The SNF PPS rates were effective October 1, 2008, and published in the **Federal Register** before that date.

REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2009 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, AND CERTAIN INTRAOCULAR LENSES

[CR 6221](#)

This transmittal provides instructions regarding the calculation of reasonable charges for payment of claims for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses furnished in calendar year 2009. The initial release of this RN can be found in chapter 23, section 80 of the Medicare Claims Processing internet-only manual.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6221.pdf>

HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODES (HPTC) UPDATE

[CR 6190](#)

HIPAA requires that covered entities comply with the requirements in the electronic transaction format implementation guides adopted as national standards. The institutional and professional claim electronic standard implementation guides (X12 837-I and 837-P) each require use of valid codes contained in the HPTC set when there is a need to report provider type or physician, practitioner, or supplier specialty for a claim.

The HPTC set is maintained by the National Uniform Claim Committee (NUCC) for standardized classification of health care providers. The NUCC updates the code set twice a year with changes effective April 1 and October 1.

The HPTC list is available from the Washington Publishing Company (WPC) <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy> in two forms.

- The first form is a free Adobe PDF download.
- The second form, available for purchase, is an electronic representation of the code set that facilitates automatic loading of the codes.

ACTUALIZACIÓN DE LAS TARIFAS 2009 PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS

[CR 6270](#)

Esta notificación provee las instrucciones específicas relacionadas con la actualización anual 2009 para las tarifas de DMEPOS. El pago basado en tarifas es requerido para el equipo médico duradero, dispositivos protésicos, ortóticos y vendajes quirúrgicos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6270.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE SALUD EN EL HOGAR

[CR 6262](#)

Esta instrucción provee la actualización anual a la lista de códigos utilizados por los sistemas de Medicare para implantar la facturación consolidada de servicios de salud en el hogar. La notificación actualizada aplica al Capítulo 10, Sección 20.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6262.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE RAZÓN PARA EL AJUSTE DE RECLAMACIONES Y CÓDIGOS DE REMESA

[CR 6229](#)

La siguiente información provee instrucciones a los contratistas de Medicare para añadir o modificar los códigos razón y advertencias que han sido añadidos o modificados desde el CR 6109 (*Transmittal* 1563, publicado el 25 de julio de 2008). Esta información también provee instrucciones a los Mantenedores del Sistema Comparado (SSM, por sus siglas en inglés) de la responsabilidad de implantar la desactivación de códigos asegurándose que el código desactivado no se utilice en los mensajes originales, pero se permiten los códigos de desactivación en los mensajes suplementarios. Además, esta información provee instrucciones para actualizar el programa de *Medicare Remit Easy Print* (MREP, por sus siglas en inglés) para incluir los cambios en los códigos de razón y remesa y realiza el análisis para identificar las discrepancias entre el *Electronic Remittance Advice* (ERA, por sus siglas en inglés) y la remesa generada utilizando el programa MREP. La notificación actualizada aplica al Capítulo 22, Sección 60.1.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6229.pdf>

REVISIONES

PREPARACIÓN PARA LA EMERGENCIA DE UNA INFLUENZA PANDÉMICA

[CR 6146/CR 6174](#)

CMS ha desarrollado ciertas políticas de emergencia y procedimientos que pueden ser implantadas para el programa de pago por servicio en el evento de una influenza pandémica. Las políticas y procedimientos descritos en este *Transmittal* serán implantados por completo o en parte a través de uno o más Memorandos (JSM)/Cartas técnicas como un intento de especificar aquellas políticas y procedimientos que serán implantados y otra información relevante.

FEE SCHEDULE UPDATE FOR 2009 FOR DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS AND SUPPLIES

[CR 6270](#)

This recurring update notification provides specific instructions regarding the 2009 annual update for the DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6270.pdf>

ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR HOME HEALTH CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT

[CR 6262](#)

This instruction provides the annual update to the list of HCPCS codes used by Medicare systems to enforce consolidated billing of home health services. The attached Recurring Update Notification applies to Chapter 10, Section 20.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6262.pdf>

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

[CR 6229](#)

The following information instructs contractors to add or modify reason and remark codes that have been added or modified since CR 6109 (*Transmittal* 1563 published on July 25, 2008). This information also instructs Shared System Maintainers (SSMs) have the responsibility to implement code deactivation making sure that any deactivated code is not used in original business messages, but the deactivated code in derivative messages is allowed. Additionally this information instructs to update Medicare Remit Easy Print (MREP) software to include the reason and remark code changes, and perform analysis to identify the discrepancies between Electronic Remittance Advice (ERA) and the remittance advice generated using the Medicare Remit Easy Print software. The attached Recurring Update Notification applies to Chapter 22, Section 60.1.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6229.pdf>

REVIEWS

INFLUENZA PANDEMIC EMERGENCY PREPAREDNESS

[CR 6146/CR 6174](#)

The CMS has developed certain emergency policies and procedures that may be implemented for the Medicare fee-for-service program in the event of an influenza pandemic. The policies and procedures described in this *Transmittal* will be implemented in whole or in part via one or more Joint Signature Memoranda (JSM)/Technical Direction Letters intended to specify which policies and procedures are being implemented and other relevant information.

FORMA REVISADA DEL ABN CMS-R 131 POR CARGOS NO CUBIERTOS[CR 6136](#)

Antes del 3 de marzo de 2008, los proveedores, médicos, y suplidores pagados bajo la Parte B, como así también los proveedores de hospicio e instituciones no médicas religiosas para el cuidado médico pagados bajo la Parte A, fueron instruidos a utilizar la Notificación Anticipada al Beneficiario-General (ABN-G, por sus siglas en inglés) o la Notificación Anticipada al Beneficiario para Laboratorio (ABN-L, por sus siglas en inglés) para informar a los beneficiarios su responsabilidad de acuerdo con las limitaciones en las disposiciones de responsabilidad propuestas en la sección 1879 del Acta de Seguro Social. Comenzando el 3 de marzo de 2008, CMS implantó el uso del Aviso Anticipado revisado de cargos no cubiertos (ABN, por sus siglas en inglés). El ABN revisado combina el ABN-G y el ABN-L en un solo aviso, con el mismo número de la Forma (CMS R-131).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6136.pdf>

REVISIÓN A LA POLÍTICA DE TRANSFERENCIA DE CUIDADO POST AGUDO EN UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS[CR 6012](#)

En la regla final de IPPS para el 1999 finalizamos una política para aplicar solamente la política de cuidado post agudo a las transferencias de casos en los cuales el cuidado médico podría comenzar a los 3 días del alta de un hospital agudo. En esa misma regla final, notificamos que podríamos monitorear si el tiempo de 3 días permanece en un marco apropiado. CMS está extendiendo el tiempo a 7 días dentro del alta.

NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN NACIONAL PARA PROVEEDORES SECUNDARIOS[CR 6093 \(revisado\)](#)

Las siguientes instrucciones son para aclarar cómo trabajar con los números de identificación nacional del proveedor cuando son reportados en reclamaciones en papel o sometidos electrónicamente para la orden/referido/asistencia/operación/otros/servicio y recetas según el NCPDP 5.1 de reclamaciones por drogas detalladas. Efectivo el 23 de mayo de 2008 ese identificador debe ser un NPI.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6093.pdf>

TERAPIA DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN VÍA AÉREA PARA APNEA DEL SUEÑO OBSTRUCTIVA[CR 6048](#)

El *Transmittal* 96, con fecha del 15 de octubre de 2008 elimina y reemplaza el *Transmittal* 94, con fecha del 29 de agosto de 2008. El único cambio es una aclaración al lenguaje de la Política en la sección del *Business Requirements*-I.B.3. Toda la demás información permanece igual. Además, esta aclaración no constituye en ninguna manera revisiones al NCD correspondiente en la Sección 240.4 de la Publicación 100-03.

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

REVISED FORM CMS-R-131 ABN OF NONCOVERAGE[CR 6136](#)

Prior to March 3, 2008, providers, practitioners, and suppliers paid under Part B as well as hospice providers and religious non-medical health care institutions paid under Part A were instructed to use the general Advance Beneficiary Notice (ABN-G) or laboratory Advance Beneficiary Notice (ABN-L) to inform beneficiaries of their potential liability in accordance with the limitation on liability provisions set forth in Section 1879 of the Social Security Act. Beginning on March 3, 2008, CMS implemented use of the revised Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN). The revised ABN combines the ABN-G and the ABN-L into a single notice, with the same form number (CMS R-131).

A provider education related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6136.pdf>

REVISION TO THE INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS) POST ACUTE TRANSFER POLICY[CR 6012](#)

In FY 1999 final IPPS rule, we finalized a policy to only apply the post-acute policy to transfers for cases in which the home health care would begin within 3 days of the discharge from the acute hospital. In that same final rule, we noted that we would monitor whether 3 days would remain an appropriate timeframe. CMS is now extending the timeframe to 7 days within discharge.

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIERS (NPIs) FOR SECONDARY PROVIDERS[CR 6093 \(revised\)](#)

Instructions are to clarify how to handle National Provider Identifiers when reported on a paper or electronically submitted claims for ordering/referring/attending/operating/other/service and prescribers in the NCPDP 5.1 retail drug claims. Effective May 23, 2008, that identifier must be an NPI.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6093.pdf>

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) THERAPY FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA)[CR 6048](#)

Transmittal 96, dated October 15, 2008 rescinds and replaces Transmittal 94, dated August 29, 2008. The only change is a clarification to the verbiage under the Policy section of the Business Requirements at I.B.3. All other information remains the same. Additionally, this clarification does not in any way constitute revisions to the corresponding NCD at 240.4 of Pub 100-03.

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

DISPOSITIVOS PROSTÉTICOS IMPLANTADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS BAJO PARTE B[CR 6050](#)

El propósito de esta instrucción es revisar el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, el cual provee las instrucciones con respecto a cómo los contratistas deben establecer el pago que se realizará por los dispositivos prostéticos implantados. Estos dispositivos provistos a los beneficiarios internos en hospital son pagados en un sistema de pagos prospectivos cuando el beneficiario no tiene la cubierta de la Parte A para la fecha en que el dispositivo fue implantado. Estas instrucciones no aplican a los hospitales que no son pagados en OPPS para los servicios ambulatorios en hospital.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6050.pdf>

VACUNAS DE PNEUMOCOCOS, INFLUENZA Y HEPATITIS B[CR 6079](#)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron la Forma CMS-1500 para acomodar la información del Identificador Nacional del Proveedor (NPI). La Forma CMS 1500 (08-05) actual no requiere incluir el NPI en las reclamaciones de vacunas de influenza y pneumococos como registro de facturas.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6079.pdf>

RECLAMACIONES**TARIFAS PERMITIDAS PARA LOS VIAJES DE COLECCIÓN DE ESPECÍMENES**[CR 6195](#)

Esta instrucción aclara el pago de cuota de viaje, sobre una base por milla (P9603) o una base de tarifa única (P9604) para el 2008.

Medicare cubre bajo la parte B, una tarifa por la colección de espécimen y una cuota de viaje por un técnico de laboratorio que tome un espécimen a un paciente de salud en el hogar o el pago es realizado basado en la tarifa del laboratorio clínico.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6195.pdf>

FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA PARA EL 2009[CR 6113](#)

La siguiente instrucción actualiza el Factor de Inflación de Ambulancia (AIF, por sus siglas en inglés) para que los contratistas de Medicare puedan determinar las cantidades de pago para los servicios de ambulancia. El AIF para el año calendario 2009 es de 5.0 por ciento, aplicados a los coaseguros y deducibles de la Parte B.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6113.pdf>

PAYMENT FOR IMPLANTED PROSTHETIC DEVICES FOR PART B INPATIENTS[CR 6050](#)

The purpose of this instruction is to revise the Medicare Claims Processing Manual to provide instructions regarding how contractors are to establish the payment to be made for implanted prosthetic devices that are furnished to Medicare beneficiaries who are inpatients of hospitals that are paid under the OPPS when the beneficiary does not have Part A coverage of services on the date that the device is implanted. These instructions do not apply to hospitals that are not paid under the OPPS for outpatient hospital services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6050.pdf>

PNEUMOCOCCAL, INFLUENZA VIRUS, AND HEPATITIS B VACCINES[CR 6079](#)

The Centers for Medicare & Medicaid Services revised Form CMS-1500 to accommodate the reporting of the National Provider Identifier (NPI). The current Form CMS 1500 (08-05) does not require reporting the NPI for influenza virus and pneumococcal vaccine claims submitted as [roster bills](#).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6079.pdf>

CLAIMS**MEDICARE TRAVEL ALLOWANCE FEES FOR COLLECTION OF SPECIMENS**[CR 6195](#)

This instruction is to clarify payment of travel allowances, either on a per mileage basis (P9603) or on a flat rate basis (P9604) for CY 2008.

Medicare, under Part B, covers a specimen collection fee and travel allowance for a laboratory technician to draw a specimen from either a nursing home patient or payment is made based on the clinical laboratory fee schedule.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6195.pdf>

AMBULANCE INFLATION FACTOR FOR CY 2009[CR 6113](#)

The following instruction manualizes the AIF so that Medicare contractors can accurately determine payment amounts for ambulance services. The AIF for calendar year 2009 is 5.0 percent. Part B coinsurance and deductible requirements apply.

A provider education service related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6113.pdf>

CAMBIOS AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE HOSPITALIZACIONES (IPPS), HOSPITAL DE CUIDADO PROLONGADO (LTCH) Y FACILIDADES PSIQUIÁTRICAS (IPF) PARA EL 2009

CR 6189

La siguiente instrucción delinea los cambios para los hospitales IPPS para el 2009. La política de cambios para el 2009 aparece en el *Federal Register* del 19 de agosto de 2008. Las tarifas finales de IPPS están disponibles en la página interactiva de CMS desde el 1 de octubre de 2008.

Además, esta instrucción presenta los MS-DRG y la codificación del ICD-9-CM que afectan los sistemas de pago de los LTCH e IPF. Los cambios a las tarifas de los LTCH ocurrieron el 1 de julio de 2008. Refiérase al *Transmittal* 1547, CR 6114, publicado el 2 de julio de 2008, para los cambios en las políticas de los LTCH. El sistema de pagos de IPF es afectado sólo por los cambios del ICD-9-CM que afectan el ajuste de comorbilidad efectivo el 1 de octubre de 2008. Los cambios en las tarifas de IPF ocurrieron el 1 de julio de 2008. Refiérase al *Transmittal* 1543, CR 6077, publicado el 27 de junio de 2008 para los cambios en las políticas de los IPF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6189.pdf>

REQUISITOS DE CUALIFICACIÓN POR ESTADÍAS DE HOSPITAL EN LAS RECLAMACIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) Y CAMAS INTERCAMBIABLES (SB)

CR 6233

Esta instrucción provee una actualización de los requisitos de facturación para informar las estadías de hospital o el código de condición apropiado para editar la estadía de hospital, en las reclamaciones de SNF's y SB. Los proveedores de SNF's y SB deben someter una estadía en hospital o un código de condición apropiado, si aplica, en todas las reclamaciones, incluyendo las iniciales y subsiguientes que son sometidas como cubiertas. Esto aplica para los tipos de factura 21x y 18x sometidas donde la "x" no es igual a "0" (cero). Esto incluye todas las reclamaciones cubiertas, incluyendo las reclamaciones sometidas por la denegación de beneficios agotados.

Las reclamaciones cubiertas que no incluyan una estadía en hospital o un código de condición apropiado para indicar porqué una estadía de hospital no aplica, serán denegadas con el código de razón apropiado que indica una estadía de hospital que no está presente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6233.pdf>

INSTRUCCIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE INTERNET BASADO EN EL SISTEMA DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES (PECOS)

CR 6231

Este cambio menciona la aplicación de internet para certificación de proveedores. Específicamente, esta instrucción incorpora todas las instrucciones contenidas en el CR 5954 dentro de la Publicación 100-08, Capítulo 10. CMS enfatiza que nada del material en el CR 5954 ha sido cambiado; simplemente este material ha sido incorporado al capítulo 10.

FISCAL YEAR (FY) 2009 INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS), LONG TERM CARE HOSPITAL (LTCH) PPS, AND INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY (IPF) PPS CHANGES

CR 6189

The following instruction outlines changes for IPPS hospitals for FY 2009. The policy changes for FY 2009 appeared in the Federal Register on August 19, 2008. The final IPPS rates will be available on the CMS Web site prior to October 1, 2008. All items covered in this instruction are effective for hospital discharges occurring on or after October 1, 2008, unless otherwise noted.

In addition, this instruction addresses changes to Medicare Severity Diagnosis Related Groups (MS-DRGs) and ICD-9-CM coding that affects LTCH PPS, and IPF PPS. The LTCH PPS rate changes occurred on July 1, 2008. Please refer to Transmittal 1547, CR 6114, published on July 2, 2008, for LTCH policy changes. The IPF PPS is affected only by the ICD-9-CM changes that affect the comorbidity adjustment effective October 1, 2008. IPF PPS rate changes occurred on July 1, 2008. Refer to Transmittal 1543, CR 6077, published on June 27, 2008 for IPF PPS policy changes.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6189.pdf>

REQUIREMENTS OF QUALIFYING HOSPITAL STAYS ON INPATIENT SKILLED NURSING FACILITY (SNF) AND SWING BED (SB) CLAIMS

CR 6233

This instruction provides an update to the billing requirements for reporting qualifying hospital stays, or the appropriate condition code for by-passing the qualifying hospital stay, on inpatient SNF and SB claims. SNF and SB providers must submit a qualifying hospital stay or appropriate condition code, if applicable, **on all claims**, including initial and subsequent claims that are submitted as covered. This is applicable for submitted bill types 21x and 18x where "x" does not equal "0" (zero). This includes all covered claims, including claims submitted for benefits exhaust denials.

Covered claims that do not include a qualifying hospital stay or an appropriate condition code to indicate why a qualifying hospital stay is not applicable will be denied with the appropriate reason code indicating a qualifying hospital stay is not present.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6233.pdf>

INSTRUCTIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNET-BASED PROVIDER ENROLLMENT, CHAIN AND OWNERSHIP SYSTEM (PECOS)

CR 6231

This Change Request (CR) deals with Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) CMS-855 applications. Specifically, this directive incorporates all of the instructions contained in CR 5954 into Pub. 100-08, Chapter 10. CMS emphasizes that none of the material in CR 5954 is changing in any way; said material is simply being shifted to chapter 10.

ARCHIVO Y RECUPERACIÓN DEL EDITOR DE CÓDIGOS INTEGRADO AMBULATORIO Y EDITOR DE CÓDIGOS DE MEDICARE PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES

[CR 6177](#)

Actualmente, el sistema FISS incluye una copia del programa del editor de códigos integrado ambulatorio (IOCE, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para mantener un tamaño razonable del programa, existe una necesidad de archivar las versiones del OCE mayores de 28 para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con las fechas de servicio previo a la única copia que el sistema FISS actualmente mantiene. Lo mismo puede ser dicho para el Editor de Códigos de Medicare (MCE, por sus siglas en inglés). Cada año hay un programa completo de reemplazo, el cual incluye todas las versiones. Ya que no es posible utilizar el mismo archivo y las conversiones utilizadas para el pagador de hospital, esta instrucción informa el desarrollo de un nuevo proceso para que el sistema FISS archive y procese las versiones anteriores de OCEs y MCEs.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6177.pdf>

INSTRUCCIONES SOBRE MANEJO DE POLÍTICAS FINANCIERAS- PREPARACIÓN PARA LA EMERGENCIA DE INFLUENZA PANDÉMICA

[CR 6174/CR 6146](#)

CMS ha desarrollado ciertas políticas y procedimientos de emergencia que pueden ser implantados por el programa de pago por servicio de Medicare en caso de una pandemia de influenza (gripe). Las políticas y procedimientos descritos en esta instrucción serán implantados completa o parcialmente a través de uno o más memorandos (JSM) para especificar cuáles de las políticas y procedimientos serán implantados u otra información relevante.

PAGOS PERMITIDOS POR LAS VACUNAS DE INFLUENZA Y NEUMOCOCOS BASADO EN EL 95% DEL PRECIO DE VENTA PROMEDIO (AWP)

[CR 6153](#)

Los límites de pago permitidos en la Parte B para las vacunas de influenza y neumococos son el 95 por ciento del AWP según reflejado en los compendios publicados excepto donde la vacuna sea provista por el departamento ambulatorio del hospital, una Clínica de Salud Rural (RHC, por sus siglas en inglés), o un Centro de Salud Federal Cualificado (FQHC, por sus siglas en inglés). Donde se provea la vacuna por el departamento ambulatorio del hospital, el RHC, o el FQHC, el pago de la vacuna estará basado en un costo razonable.

Las cantidades anuales de deducible y co-aseguro en la Parte B no aplican. Todos los médicos, profesionales de salud y proveedores quienes administran la vacunación para el virus de la influenza y neumococos están obligados a aceptar el pago establecido para la vacuna.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6153.pdf>

REQUISITOS PARA 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 añadieron mensajes aleatorios al final de la sección del manual para reflejar el hecho de que, aunque no se requiere que una orden médica sea firmada, el médico tiene que documentar claramente en el informe médico, su intención de que la prueba se realice.

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

ARCHIVING AND RETRIEVING OF THE INTEGRATED OUTPATIENT CODE EDITOR (IOCE) AND THE MEDICARE CODE EDITOR (MCE) FOR PROCESSING CLAIMS

[CR 6177](#)

Currently, FISS includes one copy of the IOCE software. However, to maintain a reasonable size for the software, there is a need to archive versions of the OCE greater than 28 versions so contractors can process claims with dates of service prior to the single copy FISS currently maintains. The same can be said for the MCE. There is a complete replacement product each year which includes all versions. Because it is not possible to use the same archiving and calling conventions used for the Inpatient PRICERS, this CR directs the development of a new archiving and call process for FISS to use in accessing archived OCEs and MCEs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6177.pdf>

INFLUENZA PANDEMIC EMERGENCY PREPAREDNESS- INSTRUCTIONS CONCERNING FINANCIAL MANAGEMENT POLICIES

[CR 6174/CR 6146](#)

The CMS has developed certain emergency policies and procedures that may be implemented for the Medicare fee-for-service program in the event of an influenza pandemic. The policies and procedures described in this transmittal will be implemented in whole or in part via one or more Joint Signature Memoranda (JSM) intended to specify which policies and procedures are being implemented and other relevant information.

INFLUENZA VACCINE AND THE PNEUMOCOCCAL VACCINE PAYMENT ALLOWANCES BASED ON 95 PERCENT OF THE AVERAGE WHOLESALE PRICE (AWP)

[CR 6153](#)

The Medicare Part B payment allowance limits for influenza and pneumococcal vaccines are 95 percent of the AWP as reflected in the published compendia except where the vaccine is furnished in a hospital outpatient department, Rural Health Clinic (RHC), or Federally Qualified Health Center (FQHC). Where the vaccine is furnished in the hospital outpatient department, RHC, or FQHC, payment for the vaccine is based on reasonable cost.

Annual Part B deductible and coinsurance amounts do not apply. All physicians, non-physician practitioners and suppliers who administer the influenza virus vaccination and the pneumococcal vaccination must take assignment on the claim for the vaccine.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6153.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/MLN MattersArticles/downloads/MM6100.pdf>

MONITOREO DEL PROTHROMBIN TIME (PT/INR) PARA EL MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL HOGAR[CR 6138](#)

Medicare cubrirá el uso del monitoreo en el hogar del PT/INR para anticoagulante oral en pacientes con válvulas del corazón mecánicas, fibrilación arterial crónica, o tromboembolismo venoso (inclusive de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) en warfarin.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6138.pdf>

NUEVAS TARIFAS (MPFS) DE PAGO 2008 EFECTIVAS PARA LAS FECHAS DE SERVICIO DEL 1 DE JULIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2008[CR 6212](#)

CMS ha dirigido a los contratistas a revertir los archivos de pago al 0.5 por ciento que fueron previamente ordenados hasta el 30 de junio de 2008 (MPFS, diagnóstico y anestesia). Esos archivos reflejan la continuación de las políticas de pago para los servicios de braquiterapia en las cantidades tasadas por *carrier*/Parte B MAC y tarifas prospectivas para otros servicios en los Centros de Cirugía Ambulatoria. Además, CMS ha provisto a los contratistas los nuevos archivos que contienen las tarifas revisadas para los códigos seleccionados de salud mental que tienen un aumento en sus tarifas. El aumento para los códigos de salud mental es efectivo para las fechas de servicio del 1 de julio de 2008 en adelante.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6212.pdf>

USO DEL PROGRAMA DE INFORMACIÓN DE DATOS DE CALIDAD PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS EN HOSPITAL[CR 6072](#)

Efectivo para los servicios OPPS provistos después del 1 de enero de 2009, los hospitales de la subdivisión (d) que no han podido someter a tiempo los datos sobre la calidad de servicios ambulatorios como ha sido requerido por la Sección 1833 (t) (17) (a) del Acta, recibirán un pago bajo OPPS que refleje una deducción del dos por ciento de la actualización anual de OPPS por la falta de información sobre calidad sometida a tiempo o por la falta de información sobre calidad que pasan por la corrección de validación. A los hospitales que no se les requiere someter información sobre calidad (es decir que no son hospitales de la subdivisión (d)) recibirán la actualización completa. Similarmente, la reducción no aplicará a los hospitales de la subparte (d) que no son pagados bajo un OPPS (ej; *Indian Health service hospitals*).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible el: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6072.pdf>

AUMENTO EN EL PAGO DE LAS TARIFAS A LAS CLÍNICAS RURALES DE SALUD (RHC) Y CENTROS DE SALUD FEDERAL CUALIFICADOS (FQHC)[CR 6218](#)

Esta notificación provee las instrucciones para el aumento en pago de las tarifas 2009 de los servicios en los RHC y FQHC. El anejo de la notificación aplica al Capítulo 9, Sección 20.1 del Manual en Internet (*IOM*).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6218.pdf>

PROTHROMBIN TIME (PT/INR) MONITORING FOR HOME ANTICOAGULATION MANAGEMENT[CR 6138](#)

Medicare will cover the use of home PT/INR monitoring for chronic, oral anticoagulation management for patients with mechanical heart valves, chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism (inclusive of deep venous thrombosis and pulmonary embolism) on warfarin.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6138.pdf>

NEW 2008 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS) PAYMENT RATES EFFECTIVE FOR DATES OF SERVICE JULY 1, 2008, THROUGH DECEMBER 31, 2008[CR 6212](#)

CMS has directed contractors to revert back to the 0.5 percent payment files that were previously in place until June 30, 2008, (MPFS, purchased diagnostic, and anesthesia). That file reflects continuation of the payment policy for brachytherapy services at carrier/Part B MAC-priced amounts and the prospective rates for other ASC services. In addition, CMS has provided contractors with new files containing revised fees for selected mental health codes that have an increase in their fee schedule amounts. The increase for the mental health codes is effective for dates of service on and after July 1, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6212.pdf>

APPLICATION OF THE HOSPITAL OUTPATIENT QUALITY DATA REPORTING PROGRAM UNDER THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM[CR 6072](#)

Effective for OPPS services furnished on or after January 1, 2009, subsection (d) hospitals that have failed to submit timely outpatient hospital quality data as required in section 1833(t)(17)(A) of the Act will receive payment under the OPPS that reflects a two percent deduction from the annual OPPS update for failure to submit quality data in a timely manner or for failure to submit quality data that passes validation edit. Hospitals that are not required to submit quality data (i.e. that are not subsection (d) hospitals) will receive the full update. Similarly, the reduction will not apply to subpart (d) hospitals that are not paid under the OPPS (e.g. *Indian Health service hospitals*).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6072.pdf>

ANNOUNCEMENT OF MEDICARE RURAL HEALTH CLINICS (RHCS) AND FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCs) PAYMENT RATE INCREASES[CR 6218](#)

This Recurring Update Notification (RUN) provides instructions for the calendar year (CY) 2009 Payment Rate Increases for Rural Health Clinics (RHC) and Federally Qualified Health Centers (FQHC) services. The attached RUN applies to Chapter 9, Section 20.1 of the IOM.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6218.pdf>

NUEVOS CÓDIGOS PARA EL FACTOR ANTICOAGULANTE DE HEMOFILIA

[CR 6268](#)

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2009 en adelante, el código **J7186** será pagado por Medicare. El código **Q4096** ya no será pagado por Medicare en reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de enero de 2009.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6268.pdf>

ADICIÓN DE CIERTAS ENTIDADES COMO PUNTOS DE ORIGEN PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD

[CR 6215](#)

La sección 149 del Acta de Medicare de 2008 para el Mejoramiento de Pacientes y Proveedores (MIPPA, por sus siglas en inglés) enmendó la sección 1834 (m) del Acta de Seguro Social ("el Acta") para añadir ciertas entidades como puntos de origen para los servicios de telesalud. Efectivo para los servicios provistos a partir del 1 de enero de 2009, los sitios de origen también incluirán a las facilidades de diálisis con base en hospital o con base en hospitales de acceso crítico (incluyendo satélites); a las facilidades de enfermería especializada y a los centros comunales de salud mental.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6215.pdf>

REVISIÓN MÉDICA

CAMBIOS A LAS DETERMINACIONES DE CUBIERTA NACIONAL DE LABORATORIOS PARA OCTUBRE 2008

[CR 6213](#)

De acuerdo con el Capítulo 16, Sección §120.2, el módulo de laboratorio es actualizado trimestralmente. Los cambios son el resultado de las decisiones en el análisis de códigos desarrolladas bajo los procedimientos para el mantenimiento de los códigos en las NCDs negociadas y las actualizaciones bianuales del ICD-9-CM. Esta instrucción comunica los requisitos a los mantenedores del sistema compartido y a los contratistas indicando los cambios al módulo de laboratorio para actualizar los cambios en las listas de códigos de los NCD de octubre 2008. Estos cambios serán efectivos para los servicios provistos después del 1 de octubre de 2008.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6213.pdf>

NEW HEMOPHILIA CLOTTING FACTOR AND HCPCS CODE

[CR 6268](#)

Effective for claims with dates of service on or after January 1, 2009, Health Care Procedure Code System (HCPCS) code J7186 will be payable by Medicare. HCPCS code Q4096 will not be payable by Medicare for claims with dates of services after January 1, 2009.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6268.pdf>

ADDING CERTAIN ENTITIES AS ORIGINATING SITES FOR PAYMENT OF TELEHEALTH SERVICES

[CR 6215](#)

Section 149 of the Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) amended Section 1834(m) of the Social Security Act ("the Act") to add certain entities as originating sites for payment of telehealth services. Effective for services furnished on or after January 1, 2009, eligible originating sites will also include a hospital-based or critical access hospital-based renal dialysis facility (including satellites); a skilled nursing facility; and a community mental health center.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6215.pdf>

MEDICAL REVIEW

LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR OCTOBER 2008

[CR 6213](#)

In accordance with Chapter 16, §120.2, the laboratory edit module is updated quarterly. The changes are a result of coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs and biannual updates of the ICD-9-CM codes. This instruction communicates requirements to shared system maintainers (SSMs) and contractors notifying them of changes to the laboratory edit module to update it for changes in laboratory NCD code lists for October 2008. These changes are effective for services furnished on or after October 1, 2008.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6213.pdf>

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DE LA INTEGRIDAD DEL PROGRAMA (PIMR)

[CR 6141](#)

CMS desarrolló un sistema de información para el manejo de costos, ahorros, y datos de volumen de relacionados con la unidad de revisión médica y otras funciones del programa de integridad de beneficios. Principalmente, los datos del PIMR se relacionan con cómo los contratistas resuelven problemas de facturación. CMS obtiene información del PIMR a través de interfases con los sistemas compartidos. Esas interfases son operadas a través de los centros de datos del contratista, es decir, *Enterprise Data Center* (EDC) o un Centro de Datos del Contratista (CDC), transfiriendo directamente los datos desde el sistema compartido del contratista a la computadora de la oficina central dentro de 15 días calendario siguientes al fin de cada mes.

Actualmente el PIMR mide las revisiones médicas y otras funciones del programa de integridad de beneficios basados en la frecuencia del dólar, líneas y servicios. Para obtener un cuadro completo de las actividades de revisión médica e integridad de beneficios una cuarta medida, frecuencia de los proveedores, es necesaria. Esta instrucción añade los requisitos para informar las actividades de revisión médica y del programa de integridad de beneficios en términos de esa medida.

INCORPORACIÓN DE LAS RECIENTES REVISIONES REGULADORAS AL CAPÍTULO 10 DEL MANUAL PARA LA INTEGRIDAD DEL PROGRAMA

[CR 6178](#)

La siguiente instrucción sobre las recientes revisiones reguladoras envuelven los siguientes tópicos: (1) el periodo de tiempo en el cual los proveedores y suplidores tienen que proveer una información en desarrollo al contratista; (2) revocación del número razón 11; (3) fechas efectivas para ciertos tipos de revocaciones; (4) pagos de Medicare durante los periodos en que el proveedor o suplidor no ha tenido privilegios válidos, activos en la facturación; (5) planes de acción correctiva; y (6) reaplicación para la inscripción y revocación.

COMPENDIO COMO MEDIO AUTORIZADO PARA USO EN LA DETERMINACIÓN DE UN "MEDICALLY ACCEPTED INDICATION"

[CR 6191](#)

CMS está reconociendo cuatro (4) compendios autorizados y sus listados, en el Capítulo 15, Sección 50.4.5 del Manual de las Políticas de Beneficios de Medicare para el uso en la determinación de una indicación médicamente aceptable de drogas y biológicos sin marca utilizados en un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.

PROGRAM INTEGRITY MANAGEMENT REPORTING (PIMR) SYSTEM

[CR 6141](#)

CMS developed the PIMR system for the management of cost, savings, and workload data relative to the Medical Review (MR) unit and other benefit integrity (BI) functions. Mainly, the PIMR data relates to how contractors resolve billing problems. CMS obtains PIMR information through interfaces with the shared systems. Those interfaces are operated through contractor data centers, i.e., *Enterprise Data Center* (EDC) or a Contractor Data Center (CDC), transferring data directly from the contractor shared system implementation of PIMR to the central office computer within 15 calendar days following the end of each month.

The PIMR currently measure MR and other BI functions based on frequency of dollars, lines, and services. To obtain a complete picture of MR and BI activities a fourth measure, frequency providers, is needed. This CR adds requirements for reporting on MR and BI activities in terms of that measure.

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

[CR 6178](#)

This following instruction recent regulatory revisions involving the following topics: (1) the timeframe in which providers and suppliers must furnish developmental information to the contractor; (2) revocation reason number 11; (3) effective dates of certain types of revocations; (4) Medicare payments during periods when the provider or supplier does not have valid, active billing privileges; (5) corrective action plans; and (6) reapplying for enrollment and revocation.

COMPENDIA AS AUTHORITATIVE SOURCES FOR USE IN THE DETERMINATION OF A "MEDICALLY ACCEPTED INDICATION"

[CR 6191](#)

CMS is recognizing four (4) authoritative compendia and listing them in Chapter 15, Section 50.4.5 of the Medicare Benefit Policy Manual for use in the determination of a medically accepted indication of drugs and biologicals used off-label in an anti-cancer chemotherapeutic regimen.

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