

<b>CMS Manual System</b>	<b>Department of Health &amp; Human Services (DHHS)</b>
<b>Pub 100-04 Medicare Claims Processing</b>	<b>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS)</b>
<b>Transmittal 1380</b>	<b>Date: NOVEMBER 23, 2007</b>
	<b>Change Request 5799</b>

**SUBJECT: Modification to Update the Medicare Summary Notice (MSN) Messages and the MSN Customer Service Information Box**

**I. SUMMARY OF CHANGES:** This CR is a manual update to update the MSN message listing that is located in chapter 21, of the Claims Processing Manual. This CR requires contractors to review all messages listed on the Internet Only Manual (IOM), and provide feedback regarding the relevance and current applicability of the messages. This CR does not require contractors to program any new MSN messages or make any modifications to their system. This CR will place previously-issued MSN messages into the manual. All messages added to the manual are already- existing messages that contractors are printing on MSNs. These are not new messages.

Additionally, this provides a manual update for instructions provided in JSM 07522, issued on August 31, 2007, regarding a Medicare Summary Notice Customer Service Information Box Address Change.

**NEW/REVISED MATERIAL**

**EFFECTIVE DATE: JANUARY 1, 2008**

**IMPLEMENTATION DATE: JANUARY 7, 2008**

*Disclaimer for manual changes only: The revision date and transmittal number apply only to red italicized material. Any other material was previously published and remains unchanged. However, if this revision contains a table of contents, you will receive the new/revised information only, and not the entire table of contents.*

**II. CHANGES IN MANUAL INSTRUCTIONS: (N/A if manual is not updated)**

**R=REVISED, N=NEW, D=DELETED**

<b>R/N/D</b>	<b>CHAPTER / SECTION / SUBSECTION / TITLE</b>
<b>R</b>	21/Table of Contents
<b>R</b>	21/10.3.5/Title Section of the MSN
<b>R</b>	21/50.5/Number/Name/Enrollment
<b>R</b>	21/50.7/Duplicates
<b>R</b>	21/50.8/Durable Medical Equipment
<b>R</b>	21/ 50.11/Transfer of Claims
<b>R</b>	21/ 50.13/Skilled Nursing Facility
<b>R</b>	21/50.15/Medical Necessity
<b>R</b>	21/50.16/Miscellaneous
<b>R</b>	21/50.17/Nonphysician Services

<b>R</b>	21/ 50.18/Preventive Care
<b>R</b>	21/50.20/Benefit Limits
<b>R</b>	21/50.21/Restrictions to Coverage
<b>R</b>	21/50.24/Fraud and Abuse Section BE INFORMED
<b>R</b>	21/50.27/Hospice
<b>R</b>	21/50.29/Medicare Secondary Payer (MSP)
<b>R</b>	21/50.31/Adjustments
<b>R</b>	21/50.34/Patient Paid/Split Payment
<b>R</b>	21/50.35/Supplemental Coverage/Medigap
<b>R</b>	21/50.36/Limitation of Liability
<b>R</b>	21/50.38/General Information Section
<b>R</b>	21/50.39/Add on Messages
<b>R</b>	21/50.40/Mandated Messages
<b>R</b>	21/50.43/Demonstration Project
<b>R</b>	21/90.5/Número/Nombre/Inscripción
<b>R</b>	21/90.7/Duplicados
<b>R</b>	21/90.8/Equipo Médico Duradero
<b>R</b>	21/90.11/Reclamaciones Transferidas
<b>R</b>	21/90.13/Instalación de Enfermería Especializada
<b>R</b>	21/90.15/Necesidad Médica
<b>R</b>	21/90.16/Miscelaneo
<b>R</b>	21/90.17/Servicios Que No Fueron Prestados Por Doctores
<b>R</b>	21/90.18/Cuidado Preventivo
<b>R</b>	21/ 90.20/Limites En Los Beneficios
<b>R</b>	21/90.21/Restricciones A La Cobertura
<b>R</b>	21/90.25/Tiempo Limite De Enviar La Reclamación
<b>R</b>	21/90.27/Hospicio
<b>R</b>	21/90.29/MSP
<b>R</b>	21/90.36/Reclamaciones Cuando Se Acepta Asignación
<b>R</b>	21/90.38/Sección De Información General
<b>R</b>	21/90.39/Spanish Add-on Messages
<b>R</b>	21/90.40/Spanish Mandated Messages

**III. FUNDING:****SECTION A: For Fiscal Intermediaries and Carriers:**

No additional funding will be provided by CMS; contractor activities are to be carried out within their operating budgets.

**SECTION B: For Medicare Administrative Contractors (MACs):**

The Medicare administrative contractor is hereby advised that this constitutes technical direction as defined in your contract. CMS does not construe this as a change to the MAC Statement of Work. The contractor is not obligated to incur costs in excess of the amounts allotted in your contract unless and until specifically authorized by the contracting officer. If the contractor considers anything provided, as described above, to be outside the current scope of work, the contractor shall withhold performance on the part(s) in question and immediately notify the contracting officer, in writing or by e-mail, and request formal directions regarding continued performance requirements.

**IV. ATTACHMENTS:**

**Business Requirements  
Manual Instruction**

*\*Unless otherwise specified, the effective date is the date of service.*

# Attachment - Business Requirements

Pub. 100-04	Transmittal: 1380	Date: November 23, 2007	Change Request: 5799
-------------	-------------------	-------------------------	----------------------

**SUBJECT: Modification to Update the Medicare Summary Notice (MSN) Messages and the MSN Customer Service Information Box**

**EFFECTIVE DATE: JANUARY 1, 2008**

**IMPLEMENTATION DATE: JANUARY 7, 2008**

## I. GENERAL INFORMATION

**A. Background:** This Change Request (CR) is a manual update to update the MSN message listing. This CR requires contractors to review all messages listed on the Internet Only Manual (IOM), and provide feedback regarding the relevance and current applicability of the messages. This CR does not require contractors to program any new MSN messages or make any modifications to their system. This CR will place previously-issued MSN messages into the manual. All messages added to the manual are already-existing messages that contractors are printing on MSNs. These are not new messages.

Three messages have been renumbered to fit into more logical MSN message categories. These are not new messages. Contractors can decide if they prefer to renumber the messages with these new numbers. The new numbers will be used by CMS for organizational purposes. However, the message number is not printed on the MSN, and contractors are free to use any internal numbering system appropriate for their systems. Note that several sections (50.39- 50.42 and 90.38-90.42) have been moved to the appropriate chronological order.

The general information section of this manual update is not all inclusive of the general information section messages available to print on the MSN. This section of the manual only lists CMS-mandated general information section messages. Contractors have more flexibility in this section of the MSN, and can print localized messages that have been approved by CMS central office or regional office staff.

Additionally, this provides a manual update for instructions provided in JSM-07522, issued on August 31, 2007, regarding a Medicare Summary Notice Customer Service Information Box Address Change.

**B. Policy: N/A**

## II. BUSINESS REQUIREMENTS TABLE

Number	Requirement	Responsibility (place an "X" in each applicable column)									
		A / B	D M E	F I	C A R R I E R	R H H I	Shared- System Maintainers				OTH ER
		M A C	M A C		I E R	S S S	F I C S	M S S	V M S	C W F	
5799.1	Contractors and shared- system maintainers shall be aware of the updated information in Pub 100-4, chapter 21, sections 50-120.	X	X	X	X	X	X	X	X		

Number	Requirement	Responsibility (place an "X" in each applicable column)									
		A / B	D M E	F I	C A R R I E R	R H I	Shared-System Maintainers				OTH ER
							F I S S	M C S	V M S	C W F	
5799.2	<p>Contractors and shared system maintainers shall be aware of the following messages that have been renumbered:</p> <p>61.41 has been changed to 18.23. English-You pay 25% of the Medicare-approved amount for this service. Spanish- Usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare por este servicio.</p> <p>61.42 has been changed to 8.68. English-Medicare will pay for you to rent oxygen for up to 36 months (or until you no longer need the equipment). After Medicare makes 36 payments, your supplier will transfer the title of the equipment to you, and you will own the equipment. Spanish- Medicare pagará el alquiler de su oxígeno por 36 meses (o hasta que usted no necesite más el equipo). Después de que Medicare haga 36 pagos, su suplidor le transferirá el título de propiedad y usted será el dueño del equipo.</p> <p>61.43 has been changed to 8.69. English- Medicare will pay to maintain and service your oxygen equipment. This will start six months after the supplier transfers the title of the equipment to you. Spanish- Medicare pagará por el mantenimiento y servicio de su equipo de oxígeno. Esto empezará 6 meses después de que el suplidor le transfiera el título de propiedad del equipo a usted.</p>	X	X	X	X	X	X	X	X		
5799.3	Contractors and Shared System Maintainers shall be aware that sections (50.39- 50.42 and 90.38-90.42) have been moved to the appropriate chronological order.	X	X	X	X	X	X	X	X		
5799.4	Contractors shall be made aware, per JSM-07522, that the Claims Processing Manual, chapter 21, section 10.3.5, has been updated to remove references to an outdated Beneficiary 'Contact Center address. Per JSM-	X	X	X	X	X					

Number	Requirement	Responsibility (place an "X" in each applicable column)									
		A / B	D M E	F I	C A R R I E R	R H I	Shared-System Maintainers				OTH ER
		M A C	M A C				F I S S	M C S	V M S	C W F	
	07522, all future address changes will be communicated via a joint signature memorandum/technical direction letter (JSM/TDL).										
5799.5	Contractors shall review all messages currently listed in chapter 21, of the Claims Processing Manual, to ensure they are current and relevant, and provide feedback on any messages they feel are no longer applicable.	X	X	X	X	X					

### III. PROVIDER EDUCATION TABLE

Number	Requirement	Responsibility (place an "X" in each applicable column)									
		A / B	D M E	F I	C A R R I E R	R H I	Shared-System Maintainers				OTH ER
		M A C	M A C				F I S S	M C S	V M S	C W F	
	None.										

### IV. SUPPORTING INFORMATION: N/A

A. For any recommendations and supporting information associated with listed requirements, use the box below:

X-Ref Requirement Number	Recommendations or other supporting information:
5799.4	JSM /TDL 07522

B. For all other recommendations and supporting information, use this space:

### V. CONTACTS

**Pre-Implementation Contact(s):** Julie Day at julie.day@cms.hhs.gov

**Post-Implementation Contact(s):** Julie Day at julie.day@cms.hhs.gov

## **VI. FUNDING**

### ***A. For Fiscal Intermediaries and Carriers:***

No additional funding will be provided by CMS; contractor activities are to be carried out within their operating budgets.

### ***B. For Medicare Administrative Contractors (MAC):***

The Medicare administrative contractor (MAC) is hereby advised that this constitutes technical direction as defined in your contract. CMS does not construe this as changes to the MAC Statement of Work (SOW). The contractor is not obligated to incur costs in excess of the amounts specified in your contract unless and until specifically authorized by the contracting officer. If the contractor considers anything provided, as described above, to be outside the current scope of work, the contractor shall withhold performance on the part(s) in question and immediately notify the contracting officer, in writing or by e-mail, and request formal directions regarding continued performance requirements.

# Medicare Claims Processing Manual

## Chapter 21 - Medicare Summary Notices

Table of Contents  
*(Rev. 1380, 11-23-07)*

50.24 - Fraud and Abuse Section **BE INFORMED**



### **10.3.5 - Title Section of the MSN**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

#### **A. General Information About the “Title” Section**

This section contains a fixed display of information. It does not vary in length. It contains the following elements:

- Title of notice;
- Beneficiary name and mailing address;
- “Be Informed” statement; and
- Customer Service Information including:
  - Beneficiary Medicare number
  - **BCC** mailing address and contractor ID number
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  - TTY telephone number;
  - “Summary of Claims Processed” statement.

**NOTE:** Contractors have the option of changing the type of information in the Customer Service Information box. For example, they may or may not choose to list the Suite number in the address. At a minimum, however, they must still include the **BCC** address, the contractor ID number, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), and the national TTY number (1-877-486-2048). There must be one blank line between the address and phone numbers. All changes must be approved by each contractor’s RO. The RO will notify CO of the approved change.

#### **B. Technical Specifications for “Title” Section**

Details of the technical specifications for each element in the title section follow.

##### **Title of Notice**

“Medicare Summary Notice” is printed in mixed case equivalent to 30-point bold type. The title is centered within a box of 10-percent shading. The box extends from left margin to right margin. In the left corner of the box, the CMS logo (imported) is printed. In the upper right hand corner of box “Page 1 of \_\_” is printed in mixed case equivalent to 10-point type.

In the bottom right hand corner of the title box, the date the notice was printed is shown in mixed case equivalent to 10-point type.

Then a blank line equivalent to 10-point type occurs.

##### **Beneficiary Name and Mailing Address**

The beneficiary name, mailing address, and dollar amounts are printed in all uppercase letters equivalent to 10-point size fixed pitch font (the font may not be script, italic or any other stylized font). The name and address information is placed as shown in exhibits to conform to U. S. postal regulations. (The beneficiary name, mailing address, and dollar amounts are the only data elements that may be printed in fixed pitch fonts. The rest of the MSN is printed using proportional fonts.)

Contractors are not to change the format of the “Title” section in order to use double window envelopes. Include a separate mailing sheet with both a return and delivery address for double window envelopes.

### **Customer Service Information (refer to note in A above)**

Print a box equivalent to a 1-point line around the following customer service information. Extend from center of page to the right margin. Height is 2 1/2 inches. Width is 3 1/2 inches.

- Allow equivalent to 12-point blank line.
- Print “Customer Service Information” in upper case equivalent to 12-point bold type.
- Print “Your Medicare Number: \_\_\_\_\_” centered in the box equivalent to 12-point bold mixed case.
- Print “If you have questions, write or call:” in mixed case equivalent to 12-point type.
- Indent 4 bytes and print the *BCC* mailing address on the next 5 lines equivalent to 12-point type. Print the appropriate contractor ID number next to, and on the same line as, the contractor name. The ID number should be preceded by the number sign, and both the number sign and the ID number should be enclosed in parentheses and printed in bold-faced type (if possible).
- Allow equivalent to 12-point blank line.

### **INTERMEDIARIES ONLY:**

- Indent 4 bytes and print “Call:” then “1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)”, in mixed case (print MEDICARE in uppercase) equivalent to 12-point bold type.
- Indent 4 bytes and print “Ask for Hospital Services” in mixed case equivalent to 12-point bold type
- Indent 4 bytes and print “TTY for Hearing Impaired:” then “1-877-486-2048” in mixed case equivalent to 12-point type.

#### CARRIERS ONLY:

- Indent 4 bytes and print: “Call:” then “1-800-Medicare (1-800-633-4227)”, in mixed case (print MEDICARE in uppercase) equivalent to 12-point bold type.
- Indent 4 bytes and print “Ask for Doctor Services” in mixed case equivalent to 12-point bold type.
- Indent 4 bytes and print “TTY for Hearing Impaired:” then “1-877-486-2048” in mixed case equivalent to 12-point type.

#### DMERCs ONLY:

- Indent 4 bytes and print: “Call:” then “1-800-Medicare (1-800-633-4227)”, in mixed case (print MEDICARE in uppercase) equivalent to 12-point bold type.
- Indent 4 bytes and print “Ask for Medical Supplies” in mixed case equivalent to 12-point bold type.
- Indent 4 bytes and print “TTY for Hearing Impaired:” then “1-877-486-2048” in mixed case equivalent to 12-point type.

#### **Be Informed Statement**

- Print “Be Informed:” in upper case letters and bold equivalent to 12-point type. Begin printing the fraud message on the same line as “Be Informed:” Print the fraud message in mixed case equivalent to 12-point type. It may continue for 2 additional lines. Fraud messages are found in §50.24. Print only those messages approved for the “Be Informed” section. The “Be Informed” section should end no lower than the bottom of the “Customer Service Information” box. There should be at least 2 bytes between the end of each line and the beginning of the “Customer Service” box.
- Allow equivalent to 12-point blank line.
- For intermediaries, on all notices processed for services on multiple days, print “This is a summary of claims processed from mm/dd/yyyy to mm/dd/yyyy.” in mixed case equivalent to 14-point type centered between the margins. For all notices for services processed on a single day, print “This is a summary of claims processed on mm/dd/yyyy.” in mixed case equivalent to 14-point type centered between the margins.
- Allow equivalent to 18-point blank line.
- For carriers, for unassigned and assigned claims with no payment to the beneficiary, and with different finalization dates, print, “This is a summary of claims processed from mm/dd/yyyy through mm/dd/yyyy” in mixed case equivalent to 14-point type centered between the margins.

- For carriers, for unassigned and assigned claims with no payment to the beneficiary and the same finalization dates, print “This is a summary of claims processed on mm/dd/yyyy in mixed case equivalent to 14-point type centered between the margins.”

- For unassigned and assigned claims with payment to the beneficiary, print “This is a summary of claims processed on mm/dd/yyyy in mixed case equivalent to 14-point type centered between the margins. The mm/dd/yyyy inserts should be high/low claim finalization dates.”

Allow equivalent to 18-point blank line.

## **50.5 - Name/Number/Enrollment**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

5.1 - Our records show that you do not have Medicare entitlement under the number shown on this notice. If you do not agree, please contact your local Social Security office.

5.2 - The name or Medicare number was incorrect or missing. Please check your Medicare card. If the information on this notice is different from your card, contact your provider.

5.3 - Our records show that the date of death was before the date of service.

5.4 - If you cash the enclosed check, you are legally obligated to make payment for these services. If you do not wish to assume this obligation, please return this check.

5.5 - Our records show you did not have Part A (B) coverage when you received this service. If you disagree, please contact us at the customer service number shown on this notice.

5.6 - The name or Medicare number was incorrect or missing. Ask your provider to use the name or number shown on this notice for future claims.

*5.7- Medicare payment may not be made for the item or service because, on the date of service you were not lawfully present in the United States.*

## **50.7 - Duplicates**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

7.1 - This is a duplicate of a charge already submitted.

7.2 - This is a duplicate of a claim processed by another contractor. You should receive a Medicare Summary Notice from them.

*7.3 - This service/item is a duplicate of a previously processed service. No appeal rights are attached to the denial of this service except for the issue as to whether the service is a*

*duplicate. Disregard the appeals information on this notice unless you are appealing the duplicate service issue.*

*7.4- The claim for the billing fee was denied because it was submitted past the allowed time frame.*

7.7 – Your physician has elected to participate in the Competitive Acquisition Program for these drugs. Claims for these drugs must be billed by the appropriate drug vendor rather than your physician.

*7.8 - Your physician has elected to participate in the Competitive Acquisition Program (CAP) for Medicare Part B drugs. Medicare cannot pay for the administration of the drug(s) because our records do not show that the drug(s) are available under the CAP.*

## **50.8 - Durable Medical Equipment**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

8.1 - Your supplier is responsible for the servicing and repair of your rented equipment.

8.2 - To receive Medicare payment, you must have a doctor's prescription before you rent or purchase this equipment.

8.3 - This equipment is not covered because its primary use is not for medical purposes.

8.4 - Payment cannot be made for equipment that is the same or similar to equipment already being used.

8.5 - Rented equipment that is no longer needed or used is not covered.

8.6 - A partial payment has been made because the purchase allowance has been reached. No further rental payments can be made.

8.7 - This equipment is covered only if rented.

8.8 - This equipment is covered only if purchased.

8.9 - Payment has been reduced by the amount already paid for the rental of this equipment.

8.10 - Payment is included in the approved amount for other equipment.

8.11 - The purchase allowance has been reached. If you continue to rent this piece of equipment, the rental charges are your responsibility.

8.12 - The approved charge is based on the amount of oxygen prescribed by the doctor.

8.13 - Monthly rental payments can be made for up to 15 months from the first paid rental month or until the equipment is no longer needed, whichever comes first.

8.14 - Your equipment supplier must furnish and service this item for as long as you continue to need it. Medicare will pay for maintenance and/or servicing for every 6-month period after the end of the 15th paid rental month.

- 8.15 - Maintenance and/or servicing of this item is not covered until 6 months after the end of the 15th paid rental month.
- 8.16 - Monthly allowance includes payment for oxygen and supplies.
- 8.17 - Payment for this item is included in the monthly rental payment amount.
- 8.18 - Payment is denied because the supplier did not have a written order from your doctor prior to delivery of this item.
- 8.19 - Sales tax is included in the approved amount for this item.
- 8.20- Medicare does not pay for this equipment or item.
- 8.21 - This item cannot be paid without a new, revised or renewed certificate of medical necessity.
- 8.22 - No further payment can be made because the cost of repairs has equaled the purchase price of this item.
- 8.23 - No payment can be made because the item has reached the 15-month limit. Separate payments can be made for maintenance or servicing every 6 months.
- 8.24 - The claim does not show that you own or are purchasing the equipment requiring these parts or supplies.
- 8.25 - Payment cannot be made until you tell your supplier whether you want to rent or buy this equipment.
- 8.26 - Payment is reduced by 25% beginning the 4th month of rental.
- 8.27 - Payment is limited to 13 monthly rental payments because you have decided to purchase this equipment.
- 8.28 - Maintenance, servicing, replacement, or repair of this item is not covered.
- 8.29 - Payment is allowed only for the seat lift mechanism, not the entire chair.
- 8.30 - This item is not covered because the doctor did not complete the certificate of medical necessity.
- 8.31 - Payment is denied because blood gas tests cannot be performed by a durable medical equipment supplier.
- 8.32 - This item can only be rented for 2 months. If the item is still needed, it must be purchased.
- 8.33 - This is the next to last payment for this item.
- 8.34 - This is the last payment for this item.
- 8.35 - This item is not covered when oxygen is not being used.
- 8.36 - Payment is denied because the certificate of medical necessity on file was not in effect for this date of service.
- 8.37 - An oxygen recertification form was sent to the physician.
- 8.38 - This item must be rented for 2 months prior to purchasing it.

- 8.39 - This is the 10th month of rental payment. Your supplier should offer you the choice of changing the rental to a purchase agreement.
- 8.40 - We have previously paid for the purchase of this item.
- 8.41 - Payment for the amount of oxygen supplied has been reduced or denied because the monthly limit has been reached.
- 8.42 - Standby equipment is not covered.
- 8.43 - Payment has been denied because this equipment cannot deliver the liters per minute prescribed by your doctor.
- 8.44 - Payment is based on a standard item because information did not support the need for a deluxe or more expensive item.
- 8.45 - Payment for electric wheelchairs is allowed only if the purchase decision is made in the first or tenth month of rental.
- 8.46 - Payment is included in the allowance for another item or service provided at the same time.
- 8.47 - Supplies or accessories used with noncovered equipment are not covered.
- 8.48 - Payment for this drug is denied because the need for the equipment has not been established.
- 8.49 - This allowance has been reduced because part of this item was paid on another claim.
- 8.50 - Medicare cannot pay for this drug/equipment because our records do not show your supplier is licensed to dispense prescription drugs, and, therefore, cannot assure the safety and effectiveness of the drug/equipment. You are not financially liable for any amount for this drug/equipment unless your supplier gave you a written notice in advance that Medicare would not pay for it and you agreed to pay.
- 8.51 - You are not liable for any additional charge as a result of receiving an upgraded item.
- 8.52 - You signed an Advanced Beneficiary Notice (ABN). You are responsible for the difference between the upgrade amount and the Medicare payment.
- 8.53 - This item or service was denied because the upgrade information was invalid.
- 8.54- If the supplier should have known that Medicare would not pay for the denied items or services and did not tell you in writing before providing them that Medicare probably would deny payment, you may be entitled to a refund of any amounts you paid. However, if the supplier requests a review of this claim within 30 days, a refund is not required until we complete our review. If you paid for this service and do not hear anything about a refund within the next 30 days, contact your supplier.*
- 8.55- Medicare will process your first claim only. In the future, you must use a Medicare enrolled supplier and provide the supplier identification number on your claim. For a listing of enrolled Medicare suppliers, contact your local Durable Medical Equipment Regional Carrier (DMERC).*

*8.56- Medicare cannot process this claim as you were previously notified that you must use a supplier who has a Medicare supplier identification number.*

8.57 - Your equipment supplier must furnish and service this item for as long as you continue to need it. Medicare will pay for maintenance and/or servicing for every 3 month period after the end of the 15th paid rental month.

8.58 - No payment can be made because the item has reached the 15 month limit. Separate payments can be made for maintenance or servicing every 3 months.

*8.59- Durable Medical Equipment Regional Carriers only pay for Epoetin Alfa and Darbeoetin Alfa for Method II End Stage Renal Disease home dialysis patients.*

*8.60- Payment is denied because there is no hospital stay/surgery on file for implantation of the Durable Medical Equipment (DME) or prosthetic device.*

*8.61- This supplier is not located in your competitive bidding area, but is required to accept the same price as a supplier in your area. This supplier may not charge you more than 20% of the bid price, and any unmet deductibles.*

*8.62- This supplier is not located in your competitive bidding area, but is located in a different competitive bidding area. This supplier did not win a contract under national competitive bidding and is not allowed to charge you for this item. You must use a winning supplier in this area.*

*8.63- This supplier is not located in your competitive bidding area, but is located in a different competitive bidding area. This supplier won a contract under national competitive bidding in their area. They must accept the bid price from your area as payment in full, and may not charge you more than 20% of the bid price for your area, and any unmet deductibles.*

*8.64- Monthly rental payments can be made for up to 13 months from the first paid rental month or until the equipment is no longer needed, whichever comes first. After the 13 month of rental is paid, your supplier must transfer title of this equipment to you.*

*8.65- Medicare will pay for medically necessary maintenance and/or servicing as needed after the end of the 13th paid rental month.*

*8.66- Medicare has paid for 36 months of rental for your oxygen equipment. Your supplier must transfer title of this equipment to you. No further rental payments will be made. We will continue to pay for delivery of oxygen contents, as appropriate, and necessary maintenance of your equipment.*

*8.67- Medicare has already paid for 36 months of rental for your oxygen equipment. The supplier should have transferred the title for the equipment to you. The supplier may not collect any more money from you for this equipment, and must provide you with a refund of any money you have already paid.*

*8.68- Medicare will pay for you to rent oxygen for up to 36 months (or until you no longer need the equipment). After Medicare makes 36 payments, your supplier will transfer the title of the equipment to you, and you will own the equipment.*



*8.69- Medicare will pay to maintain and service your oxygen equipment. This will start six months after the supplier transfers the title of the equipment to you.*

## **50.11 - Transfer of Claims**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

11.1 - Your claim has been forwarded to the correct Medicare contractor for processing. You will receive a notice from them. (NOTE: Use for carriers, intermediaries, RRB, United Mine Workers.)

11.2 - This information is being sent to Medicaid. They will review it to see if additional benefits can be paid.

11.3 - Our records show that you are enrolled in a *Medicare health plan*. Your provider must bill this service to *the plan*.

11.4 - Our records show that you are enrolled in a *Medicare health plan*. Your claim was sent to *the plan* for processing.

11.5 - This claim will need to be submitted to (another carrier, a durable medical equipment regional carrier (DMERC), Medicaid agency).

11.6 - We have asked your provider to resubmit this claim to the proper carrier (intermediary). That carrier (intermediary) is (name and address of carrier, intermediary or durable medical equipment regional carrier, etc.)

11.7 - This claim/service is not payable under our claims jurisdiction area. We have notified your provider that they must forward the claim/service to the correct carrier for processing.

11.9 - This claim/service is not payable under our claims jurisdiction. We have notified your provider to send your claim for these services to the Railroad Retirement Board Medicare carrier.

*11.10- We have identified you as a Railroad Retirement Board (RRB) Medicare beneficiary. You must send your claim for these services for processing to the RRB carrier Palmetto GBA, at PO Box 10066, Augusta, GA 30999.*

*11.11- This claim/service is not payable under our claims jurisdiction. We have notified your provider to send your claim for these services to the United Mine Workers of America for processing.*

## **50.13 - Skilled Nursing Facility**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

13.1 - No qualifying hospital stay dates were shown for this skilled nursing facility stay.

13.2 - Skilled nursing facility benefits are only available after a hospital stay of at least 3 days.

13.3 - Information provided does not support the need for skilled nursing facility care.

13.4 - Information provided does not support the need for continued care in a skilled nursing facility.

13.5 - You were not admitted to the skilled nursing facility within 30 days of your hospital discharge.

13.6 - Rural primary care skilled nursing facility benefits are only available after a hospital stay of at least 2 days. (NOTE: This message is used only in connection with hospital stays that occurred prior to October 1, 1997).

13.7 - Normally, care is not covered when provided in a bed that is not certified by Medicare. However, since you received covered care, we have decided that you will not have to pay the facility for anything more than Medicare coinsurance and noncovered items.

13.8 - The skilled nursing facility should file a claim for Medicare benefits because you were an inpatient.

13.9 - Medicare Part B does not pay for this item or service since our records show that you were in a skilled nursing facility on this date.

*13.10 - Medicare Part B does not pay for items or services provided by this type of practitioner since our records show that you were receiving Medicare benefits in a skilled nursing facility on this date.*

13.11 - You have \_\_\_ days(s) remaining of your total 100 days of skilled nursing facility benefits for this benefit period

## **50.15 - Medical Necessity**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

15.1 - The information provided does not support the need for this many services or items.

15.2 - The information provided does not support the need for this equipment.

15.3 - The information provided does not support the need for the special features of this equipment.

15.4 - The information provided does not support the need for this service or item.

15.5 - The information provided does not support the need for similar services by more than one doctor during the same time period.

15.6 - The information provided does not support the need for this many services or items within this period of time.

15.7 - The information provided does not support the need for more than one visit a day.

15.8 - The information provided does not support the level of service as shown on the claim.

- 15.9 - The *PEER review organization* did not approve this service.
- 15.10 - Medicare does not pay for more than one assistant surgeon for this procedure.
- 15.11 - Medicare does not pay for an assistant surgeon for this procedure/surgery.
- 15.12 - Medicare does not pay for two surgeons for this procedure.
- 15.13 - Medicare does not pay for team surgeons for this procedure.
- 15.14 - Medicare does not pay for acupuncture.
- 15.15 - Payment has been reduced because information provided does not support the need for this item as billed.
- 15.16 - Your claim was reviewed by our medical staff. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)
- 15.17 - We have approved this service at a reduced level. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)
- 15.18 - Medicare does not cover this service at home.
- 15.19 - A local medical review policy (LMRP) or local coverage determination (LCD) was used when we made this decision. An LMRP/LCD provides a guide to assist in determining whether a particular item or service is covered by Medicare. A copy of this policy is available from your local intermediary or carrier by calling the number in the customer service information box on page one. You can compare the facts in your case to the guidelines set out in the LMRP/LCD to see whether additional information from your physician would change our decision.
- 15.20 - The following policies [insert LMRP/LCD ID #(s) and NCD #(s)] were used when we made this decision.
- 15.21 -The information provided does not support the need for this many services or items in this period of time but you do not have to pay this amount.*
- 15.22- The information provided does not support the need for this many services or items in this period of time so Medicare will not pay for this item or service.*

## **50.16 - Miscellaneous**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

- 16.1 - This service cannot be approved because the date on the claim shows it was billed before it was provided.
- 16.2 - This service cannot be paid when provided in this location/facility.
- 16.3 - The claim did not show that this service or item was prescribed by your doctor.
- 16.4 - This service requires prior approval by the *PEER review organization*.
- 16.5 - This service cannot be approved without a treatment plan by a physical or occupational therapist.

- 16.6 - This item or service cannot be paid unless the provider accepts assignment.
- 16.7 - Your provider must complete and submit your claim.
- 16.8 - Payment is included in another service received on the same day.
- 16.9 - This allowance has been reduced by the amount previously paid for a related procedure.
- 16.10 - Medicare does not pay for this item or service.
- 16.11 - Payment was reduced for late filing. You cannot be billed for the reduction. (NOTE: Mandated message - This message must print on all service lines subject to the 10% reduction.)
- 16.12 - Outpatient mental health services are paid at 50% of the approved charges. (NOTE: Mandated message - This message must print on all service lines subject to the outpatient psychiatric reduction when no deductible has been applied.)
- 16.13 - The code(s) your provider used is/are not valid for the date of service billed.
- 16.14 - The attached check replaces your previous check (#\_\_\_\_) dated (\_\_\_\_).
- 16.15 - The attached check replaces your previous check. (NOTE: Use only if prior check information is not accessible by the system.)
- 16.16 - As requested, this is a duplicate copy of your Medicare Summary Notice.
- 16.17 - Medicare does not pay for these services when they are not given in conjunction with total parenteral nutrition.
- 16.18 - Service provided prior to the onset date of certified parenteral/enteral nutrition therapy is not covered.
- 16.19 - The approved amount of this parenteral/enteral nutrition supply is based on a less extensive level of care for the nature of the diagnosis stated.
- 16.20 - The approved payment for calories/grams is the most Medicare may allow for the diagnosis stated.
- 16.21 - The procedure code was changed to reflect the actual service rendered.
- 16.22 - Medicare does not pay for services when no charge is indicated.
- 16.23 - This check is for the excess amount you paid toward a prior overpayment.
- 16.24 - Services provided aboard a ship are covered only when the ship is of United States registry and is in United States waters. In addition, the service must be provided by a doctor licensed to practice in the United States.
- 16.25 - Medicare does not pay for this much equipment, or this many services or supplies.
- 16.26 - Medicare does not pay for services or items related to a procedure that has not been approved or billed.
- 16.27 - This service is not covered since our records show you were in the hospital at this time.

- 16.28 - Medicare does not pay for services or equipment that you have not received.
- 16.29 - Payment is included in another service you have received.
- 16.30 - Services billed separately on this claim have been combined under this procedure.
- 16.31 - You are responsible to pay the primary physician care the agreed monthly charge.
- 16.32 - Medicare does not pay separately for this service.
- 16.33 - Your payment includes interest because Medicare exceeded processing time limits. (NOTE: Mandated message - This message must print claim level if interest is added into the beneficiary payment amount for unassigned or split pay claims.)
- 16.34- You should not be billed for this service. You are only responsible for any deductible and coinsurance amounts listed in the 'You May Be Billed' column.*
- 16.35 - You do not have to pay this amount. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)
- 16.36 -If you have already paid it, you are entitled to a refund from this provider. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)*
- 16.37 - Please see the back of this notice. (NOTE: Add-on to other messages as you feel appropriate.)
- 16.38 - Charges are not incurred for leave of absence days.
- 16.39 - Only one provider can be paid for this service per calendar month. Payment has already been made to another provider for this service.
- 16.40 - Only one inpatient service per day is allowed.
- 16.41 - Payment is being denied because you refused to request reimbursement under your Medicare benefits.
- 16.42 - The provider's determination of noncoverage is correct.
- 16.43 - This service cannot be approved without a treatment plan and supervision of a doctor.
- 16.44 - Routine care is not covered.
- 16.45 - You cannot be billed separately for this item or service. You do not have to pay this amount.
- 16.46 - Medicare payment limits do not affect a Native American's right to free care at Indian Health Institutions.
- 16.47 - When deductible is applied to outpatient psychiatric services, you may be billed for up to the approved amount. The "You May Be Billed" column will tell you the correct amount to pay your provider.
- 16.48 - Medicare does not pay for this item or service for this condition.
- 16.49 - This claim/service is not covered because alternative services were available, and should have been utilized.
- 16.50 - The doctor or supplier may not bill more than the Medicare allowed amount.

16.51 - This service is not covered prior to July 1, 2001.

16.52 - This service was denied because coverage for this service is provided only after a documented failed trial of pelvic muscle exercise training.

16.53 - The amount Medicare paid the provider for this claim is \$\_\_\_\_\_.

16.54 - This service is not covered prior to January 1, 2002.

*16.55- The provider billed this charge as non-covered.*

*16.56- Claim denied because information from the Social Security Administration indicates that you have been deported.*

*16.57- Medicare Part B does not pay for this item or service since our records show that you were in an Medicare+Choice Plan on this date. Your provider must bill this service to the Medicare+Choice Plan.*

*16.58- The provider billed this charge as non-covered. You do not have to pay this amount.*

*16.59- Medicare doesn't pay for missed appointments.*

*16.60- Want to see your latest claims? Visit MyMedicare.gov on the web any time, day, or night, and get the most out of your Medicare. Your personalized Medicare information is waiting for you online.*

## **50.17 - Nonphysician Services**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

17.1 - Services performed by a private duty nurse are not covered.

17.2 - This anesthesia service must be billed by a doctor.

17.3 - This service was denied because you did not receive it under the direct supervision of a doctor.

17.4 - Services performed by an audiologist are not covered except for diagnostic procedures.

17.5 - Your provider's employer must file this claim and agree to accept assignment.

17.6 - Full payment was not made for this service(s) because the yearly limit has been met.

17.7 - This service must be performed by a licensed clinical social worker.

17.8 - Payment was denied because the maximum benefit allowance has been reached.

17.9 - Medicare (Part A/Part B) pays for this service. The provider must bill the correct Medicare contractor. (NOTE: Insert appropriate program. Message is used for Part A claims received by Part B or Part B claims received by Part A.)

17.10 - The allowance has been reduced because the anesthesiologist medically directed concurrent procedures.

17.11 - This item or service cannot be paid as billed.

17.12 - This service is not covered when provided by an independent therapist.

17.13 - Medicare approves a limited dollar amount each year for physical therapy and speech-language pathology services and a separate limit each year for occupational therapy services when billed by providers, physical and occupational therapists, physicians, and other non-physician practitioners. Medically necessary therapy over these limits is covered when received at a hospital outpatient department or when approved by Medicare.

17.14 - Charges for maintenance therapy are not covered.

17.15 - This service cannot be paid unless certified by your physician every (\_\_\_) days. (NOTE: Insert appropriate number of days.)

17.16 - The hospital should file a claim for Medicare benefits because these services were performed in a hospital setting.

*17.17- Medicare already paid for an initial visit for this service with this physician, another physician in his group practice, or a provider. Your doctor or provider must use a different code to bill for subsequent visits.*

17.18 - (\$) has been applied during this calendar year (CCYY) towards the (\$) limit on outpatient physical therapy and speech-language pathology benefits.

17.19 - (\$) has been applied during this calendar year (CCYY) towards the (\$) limit on outpatient occupational therapy benefits.

## **50.18 - Preventive Care**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

18.1 - Routine examinations and related services not covered.

18.2 - This immunization and/or preventive care is not covered.

18.3 - Screening mammography is not covered for women under 35 years of age.

18.4 - This service is being denied because it has not been 12 months since your last examination of this kind. (NOTE: Insert appropriate number of months.)

18.6 - A screening mammography is covered only once for women age 35 - 39.

18.7 - Screening pap smears are covered only once every 24 months unless high risk factors are present.

18.12 - Screening mammograms are covered annually for women 40 years of age and older.

18.13 - This service is not covered for beneficiaries under 50 years of age.

18.14 - Service is being denied because it has not been (12, 24, 48) months since your last (test/procedure) of this kind.

18.15 - Medicare only covers this procedure for beneficiaries considered to be at high risk for colorectal cancer.

18.16 - This service is being denied because payment has already been made for a similar procedure within a set time frame.

18.17 - Medicare pays for a screening Pap smear and a screening pelvic examination once every 2 years unless high risk factors are present.

18.18 - Medicare does not pay for this service separately since payment of it is included in our allowance for other services you received on the same day.

18.19 - This service is not covered until after the beneficiary's 50th birthday

*18.22 - This service was denied because Medicare only allows the one-time initial preventive physical exam with an electrocardiogram within the first six months that you have Part B coverage, and only if that coverage begins on or after January 1, 2005.*

*18.23- You pay 25% of the Medicare-approved amount for this service.*

## **50.20 - Benefit Limits**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

20.1 - You have used all of your benefit days for this period.

20.2 - You have reached your limit of 190 days of psychiatric hospital services.

20.3 - You have reached your limit of 60 lifetime reserve days.

20.4 - (\_\_\_) of the Benefit Days Used were charged to your Lifetime Reserve Day benefit. (NOTE: Mandated message - This message must be printed claim level when all or a portion of the Benefit Days Used are charged to the Lifetime Reserve Day benefit.)

20.5 - These services cannot be paid because your benefits are exhausted at this time.

20.6 - Days used has been reduced by the primary group insurer's payment.

20.7 - You have (\_\_\_) day(s) remaining of your 190-day psychiatric limit.

20.8 - Days are being subtracted from your total inpatient hospital benefits for this benefit period.

20.9 - Services after (mm/dd/yy) cannot be paid because your benefits were exhausted.

20.10 - This service was denied because Medicare only pays up to 10 hours of diabetes education training during the initial 12-month period. Our records show you have already obtained 10 hours of training.

20.11 - This service was denied because Medicare pays for two hours of follow up diabetes education training during a calendar year. Our records show you have already obtained two hours of training for this calendar year.

*20.12- This service was denied because Medicare only covers this service once a lifetime.*



20.13 - This service was denied because Medicare only pays up to three hours of medical nutrition therapy during a calendar year. Our records show you have already received three hours of medical nutrition therapy.

20.14 - This service was denied because Medicare only pays two hours of follow-up for medical nutrition therapy during a calendar year. Our records show you have already received two hours of follow-up services for this calendar year.

## **50.21 - Restriction to Coverage**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

21.1 - Services performed by an immediate relative or a member of the same household are not covered.

21.2 - The provider of this service is not eligible to receive Medicare payments.

21.3 - This provider was not covered by Medicare when you received this service.

21.4 - Services provided outside the United States are not covered. See your Medicare Handbook for services received in Canada and Mexico.

21.5 - Services needed as a result of war are not covered.

21.6 - This item or service is not covered when performed, referred or ordered by this provider.

21.7 - This service should be included on your inpatient bill.

21.8 - Services performed using equipment that has not been approved by the Food and Drug Administration are not covered.

21.9 - Payment cannot be made for unauthorized service outside the managed care plan.

21.10 - A surgical assistant is not covered for this place and/or date of service.

21.11 - This service was not covered by Medicare at the time you received it.

21.12 - This hospital service was not covered because the attending physician was not eligible to receive Medicare benefits at the time the service was performed.

21.13 - This surgery was not covered because the attending physician was not eligible to receive Medicare benefits at the time the service was performed.

21.14 - Medicare cannot pay for this investigational device because the FDA clinical trial period has not begun.

21.15 - Medicare cannot pay for this investigational device because the FDA clinical trial period has ended.

21.16 - Medicare does not pay for this investigational device.

21.17 - Your provider submitted noncovered charges for which you are responsible.

21.18 - This item or service is not covered when performed or ordered by this provider.

21.19 - This provider decided to dropout of Medicare. No payment can be made for this service, you are responsible for this charge. Under Federal law, your doctor cannot charge you more than the limiting charge amount.

21.20 - This provider decided to dropout of Medicare. No payment can be made for this service; you are responsible for this charge.

21.21 - This service was denied because Medicare only covers this service under certain circumstances.

21.22 - Medicare does not pay for this service because it is considered investigational and/or experimental in these circumstances.

*21.23- Your claim is being denied because the physician noted on the claim has been deceased for more than 15 months.*

*21.24- This service is not covered for patients over age 60.*

## **50.24 - Fraud and Abuse Section *BE INFORMED***

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

24.1 - Protect your Medicare number as you would a credit card number.

24.2 - Beware of telemarketers or advertisements offering free or discounted Medicare items and services.

24.3 - Beware of door-to-door solicitors offering free or discounted Medicare items or services.

24.4 - Only your physician can order medical equipment for you.

24.5 - Always review your Medicare Summary Notice for correct information about the items or services you received.

24.6 - Do not sell your Medicare number or Medicare Summary Notice.

24.7 - Do not accept free medical equipment you do not need.

24.8 - Beware of advertisements that read, "This item is approved by Medicare", or "No out-of-pocket expenses."

24.10 - Always read the front and back of your Medicare Summary Notice.

24.11 - Beware of Medicare scams, such as offers of free milk or cheese for your Medicare number.

24.12 - Read your Medicare Summary Notice carefully for accuracy of dates, services, and amounts billed to Medicare.

24.13 - Be sure you understand anything you are asked to sign.

24.14 - Be sure any equipment or services you received were ordered by your doctor.

## **50.27 - Hospice**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

27.1 - This service is not covered because you are enrolled in a hospice.

27.2 - Medicare will not pay for inpatient respite care when it exceeds five consecutive days at a time.

27.3 - The physician certification requesting hospice services was not received timely.

27.4 - The documentation received indicates that the general inpatient care level of services were not necessary for care related to the terminal illness. Therefore, payment will be adjusted to the routine home care rate.

27.5 - Payment for the day of discharge from the hospital will be made to the hospice agency at the routine home care rate.

27.6 - The documentation indicates the level of care was at the respite level not the general inpatient level of care. Therefore, payment will be adjusted to the *routine home care* rate.

27.7 - According to Medicare hospice requirements, the hospice election consent was not signed timely.

27.8 - The documentation submitted does not support that your illness is terminal.

27.9 - The documentation indicates your inpatient level of care was not reasonable and necessary. Therefore, payment will be adjusted to the routine home care rate.

27.10 - The documentation indicates that the service level of continuous home care was not reasonable and necessary. Therefore, payment will be adjusted to the routine home care rate.

27.11 - The provider has billed in error for the routine home care items or services.

*27.12 - The documentation indicates that your respite level of care exceeded five consecutive days. Therefore, payment for every day beyond the 5<sup>th</sup> day will be paid at the routine home care rate.*

27.13 - According to Medicare hospice requirements, this service is not covered because the service was provided by a non-attending physician.

## **50.29 - Medicare Secondary Payer (MSP)**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

29.1 - Secondary payment cannot be made because the primary insurer information was either missing or incomplete.

29.2 - No payment was made because your primary insurer's payment satisfied the provider's bill.

29.3 - Medicare benefits are reduced because some of these expenses have been paid by your primary insurer.

29.4 - In the future, if you send claims to Medicare for secondary payment, please send them to (carrier MSP address).

29.5 - Our records show that Medicare is your secondary payer. This claim must be sent to your primary insurer first. (NOTE: Use Add-on message as appropriate.)

29.6 - Our records show that Medicare is your secondary payer. Services provided outside your prepaid health plan are not covered. We will pay this time only since you were not previously notified.

29.7 - Medicare cannot pay for this service because it was furnished by a provider who is not a member of your employer prepaid health plan. Our records show that you were informed of this rule.

29.8 - This claim is denied because the service(s) may be covered by the worker's compensation plan. Ask your provider to submit a claim to that plan.

29.9 - Since your primary insurance benefits have been exhausted, Medicare will be primary on this accident related service.

29.10 - These services cannot be paid because you received them on or before you received a liability insurance payment for this injury or illness.

29.11 - Our records show that an automobile medical, liability, or no-fault insurance plan is primary for these services. Submit this claim to the primary payer. (NOTE: Use Add-on message as appropriate.)

*29.12 -Our records show that these services may be covered under the Black Lung Program. Contact the U.S. Department of Labor, Federal Black Lung Program, P.O. Box 8302 , London, KY 40742-8302 (NOTE: Use >Add-on message as appropriate).*

29.13 - Medicare does not pay for these services because they are payable by another government agency. Submit this claim to that agency. (NOTE: Use Add-on message as appropriate.)

29.14 - Medicare's secondary payment is (\$\_\_\_\_\_). This is the difference between the primary insurer's approved amount of (\$\_\_\_\_\_ ) and the primary insurer's paid amount of (\$\_\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print service level when a Medicare secondary payment is made and the primary insurer's approved amount is higher than Medicare's approved amount. Do not print when the claim paid amount is equal to the amount Medicare would pay if services were not covered by a third party payer. This message should print claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level.)

29.15 - Medicare's secondary payment is (\$\_\_\_\_\_). This is the difference between Medicare's approved amount of (\$\_\_\_\_\_ ) and the primary insurer's paid amount of (\$\_\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print claim service when a Medicare secondary payment is made and Medicare's approved amount is higher than the primary insurer's approved amount. Do not print when the claim paid amount is

equal to the amount Medicare would pay if services were not covered by a third party payer. This message should print claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level.)

29.16 - Your primary insurer approved and paid (\$\_\_\_\_\_) on this claim. Therefore, no secondary payment will be made by Medicare. (NOTE: Mandated message - This message should print service level when the primary insurer's approved amount is higher than Medicare's approved amount and the primary payment is equal to the approved amount. Do not print on denied service lines. This message should print claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level. Print either "claim" or "service" in the message as applicable. Do not print "claim/service".)

29.17 - Your provider agreed to accept (\$\_\_\_\_\_) as payment in full on this (claim/service). Your primary insurer has already paid (\$\_\_\_\_\_) so Medicare's payment is the difference between the two amounts. (NOTE: Mandated message - This message should print service level when the provider is obligated to accept less than the Medicare approved amount. Print the message at the claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level. Print either "claim" or "service" in the message as applicable. Do not print "claim/service.")

29.18 - The amount listed in the "You May Be Billed" column assumes that your primary insurer paid the provider. If your primary insurer paid you, then you are responsible to pay the provider the amount your primary insurer paid to you plus the amount in the "You May Be Billed" column. (NOTE: Mandated message - This message should print on all assigned MSP service lines when Medicare secondary payment was made. Print message on assigned service lines for full recoveries. Do not print on denied service lines.)

29.19 - The amount listed in the "You May Be Billed" column assumes that your primary insurer paid you. If your primary insurer paid the provider, then you only need to pay the provider the difference between the amount charged and the amount the primary insurer paid. (NOTE: Mandated message - This message should print on all unassigned MSP service lines when Medicare secondary payment was made. Print message on unassigned service lines for full recoveries. Do not print on denied service lines. Do not print when conditions in 29.20 or 29.22 are met.)

29.20 - The amount listed in the "You May Be Billed" column assumes that your primary insurer paid you. If your primary insurer paid the provider, then you only need to pay the provider the difference between the amounts the provider agreed to accept and the amount the primary insurer paid. (NOTE: This message should print on all unassigned MSP service lines when the provider is obligated to accept less than the Medicare approved amount. Do not print on denied service lines.)

29.21 - The amount listed in the "You May Be Billed" column assumes that your primary insurer made no payment for this service. If your primary insurer did make payment for this service, the amount you may be billed is the difference between the amount charged and the primary insurer's payment. (NOTE: Mandated message - This message should print on all Medicare disallowed services for which the beneficiary is liable and the

service has been submitted on a claim indicating there has been a primary insurer payment made.)

29.22 - The amount listed in the “You May Be Billed” column assumes that your primary insurer paid you. If your primary insurer paid the provider, then you only need to pay the provider the difference between the amount the provider can legally charge and the amount the primary insurer paid. See note (\_\_\_) for the legal charge limit. (NOTE: This message should print on all unassigned MSP service lines when a Medicare secondary payment is made and the provider has exceeded the limiting charge.)

29.23 - No payment can be made because payment was already made by either worker’s compensation or the Federal Black Lung Program.

29.24 - No payment can be made because payment was already made by another government entity.

29.25 - Medicare paid all covered services not paid by other insurer.

29.26 - The primary payer is \_\_\_\_\_. (NOTE: Add-on to messages as appropriate and/or as your system permits.)

29.27 - Your primary group’s payment satisfied Medicare deductible and coinsurance.

29.28 - Your responsibility on this claim has been reduced by the amount paid by your primary insurer.

29.29 - Your provider is allowed to collect a total of (\$\_\_\_\_\_) on this claim. Your primary insurer paid (\$\_\_\_\_\_) and Medicare paid (\$\_\_\_\_\_). You are responsible for the unpaid portion of (\$\_\_\_\_\_).

29.30 - (\$\_\_\_\_\_) of the money approved by your primary insurer has been credited to your Medicare Part B (A) deductible. You do not have to pay this amount.

29.31 - Resubmit this claim with the missing or correct information.

29.32 - Medicare’s secondary payment is (\$\_\_\_\_\_). This is the difference between Medicare’s limiting charge amount of (\$\_\_\_\_\_) and the primary insured’s paid amount of (\$\_\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print service level when the Medicare secondary payment is the difference between the limiting charge amount and the primary insurer’s paid amount.)

*29.33 -Your claim has been denied by Medicare because you may have funds set aside from your settlement to pay for your future medical expenses and prescription drug treatment related to your injury(ies).*

**NOTE:** Please refer to the exhibits for examples of MSP messages.

## **50.31 - Adjustments**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

**NOTE:** You must print at least one of the messages in this section for all adjusted claims shown on the MSN.

- 31.1 - This is a correction to a previously processed claim and/or deductible record.
- 31.2 - A payment adjustment was made based on a telephone review.
- 31.3 - This notice is being sent to you as the result of a reopening request.
- 31.4 - This notice is being sent to you as the result of a fair hearing request.
- 31.5 - If you do not agree with the Medicare approved amount(s) and \$100 or more is in dispute (less deductible and coinsurance), you may ask for a hearing. You must request a hearing within 6 months of the date of this notice. To meet the limit you may combine amounts on other claims that have been reviewed. At the hearing, you may present any new evidence which could affect the decision. Call us at the number in the Customer Service block if you need more information about the hearing process.
- 31.6 - A payment adjustment was made based on a *PEER review organization* request.
- 31.7 - This claim was previously processed under an incorrect Medicare claim number or name. Our records have been corrected.
- 31.8 - This claim was adjusted to reflect the correct provider.
- 31.9 - This claim was adjusted because there was an error in billing.
- 31.10 - This is an adjustment to a previously processed charge (s). This notice may not reflect the charges as they were originally submitted.
- 31.11 - The previous notice we sent stated that your doctor could not charge more than (\$\_\_\_\_\_). This additional payment allows your doctor to bill you the full amount charged. (**NOTE:** Mandated message - This message should print service level, as appropriate, when limiting charge applies.)
- 31.12 - The previous notice we sent stated the amount you could be charged for this service. This additional payment changed that amount. Your doctor cannot charge you more than (\$\_\_\_\_\_). (**NOTE:** Mandated message - This message should print service level, as appropriate, when limiting charge applies.)
- 31.13 - The Medicare paid amount has been reduced by (\$\_\_\_\_\_ ) previously paid for this claim. (**NOTE:** Mandated message - This message should print claim level on all adjustments for which a partial payment was previously made.)
- 31.14 - This payment is the result of an Administrative Law Judge's decision.
- 31.15 - An adjustment was made based on a redetermination.
- 31.16 - An adjustment was made based on a reconsideration.
- 31.17 - This is an internal adjustment. No action is required on your part.
- 31.18 - This adjustment has resulted in an overpayment to your provide/supplier. Your provider/supplier has been requested to repay \$\_\_\_\_\_ to Medicare. You do not have to pay this amount. (**NOTE:** This message shall be used in conjunction with other messages concerning the claim adjustment and/or limitation of liability. This message shall not be used alone.
- 31.19 - If you do not agree with the Medicare approved amount(s), you may ask for a reconsideration. You must request a reconsideration within 180 days of the date of receipt

of this notice. You may present any new evidence which could affect your decision. Call us at the number in the Customer Service block if you need more information about the reconsideration process.

### **50.34 - Patient Paid/Split Payment**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

34.1 - Of the total (\$\_\_\_\_\_) paid on this claim, we are paying you (\$\_\_\_\_\_) because you paid your provider more than your 20% coinsurance on Medicare approved services. The remaining (\$\_\_\_\_\_) was paid to the provider. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on all assigned claims generating payment to the beneficiary.)

34.2 - The amount in the "You May Be Billed" column has been reduced by the amount you paid the provider at the time the services were rendered. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on all assigned claims with a beneficiary paid amount that does not exceed coinsurance and deductible and for all unassigned claims submitted with a beneficiary paid amount.)

34.3 - After applying Medicare guidelines and the amount you paid to the provider at the time the services were rendered, our records indicate you are entitled to a refund. Please contact your provider. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on assigned claims with a split payment to the beneficiary under \$1.00.) (NOTE: Use this message only when your system cannot plug the dollar amount in message 34.8.)

34.4 - We are paying you (\$\_\_\_\_\_) because the amount you paid the provider was more than you may be billed for Medicare approved charges.

34.5 - The amount owed you is (\$\_\_\_\_\_). Medicare does not routinely issue checks for amounts under \$1.00. This amount due will be included in your next check. If you want this money issued immediately, please contact us at the address or phone number in the Customer Service Information box.

34.6 - Your check includes (\$\_\_\_\_\_) which was withheld on a prior claim.

34.7 - This check includes an amount less than \$1.00 that was withheld on a prior claim. (NOTE: Use this message only when your system cannot plug the dollar amount in message 34.6.)

34.8 - The amount you paid the provider for this claim was more than the required payment. You should be receiving a refund of (\$\_\_\_\_\_) from your provider, which is the difference between what you paid and what you should have paid. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on assigned claims with a split payment to the beneficiary under \$1.00.)

34.9 - If you already paid the supplier/provider, the supplier/*provider* must refund any amount that exceeds the Medicare approved amount.

### **50.35 - Supplemental Coverage/Medigap**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*



35.1 - This information is being sent to your private insurer(s). Send any questions regarding your benefits to them. (NOTE: Add if possible. “Your private insurer(s) is/are \_\_\_\_\_.”)

35.2 - We have sent your claim to your Medigap insurer. Send any questions regarding your benefits to them. (NOTE: Add if possible: “Your Medigap insurer is \_\_\_\_\_.”)

35.3 - A copy of this notice will not be forwarded to your Medigap insurer because the information was incomplete or invalid. Please submit a copy of this notice to your Medigap insurer.

35.4 - A copy of this notice will not be forwarded to your Medigap insurer because your provider does not participate in the Medicare program. Please submit a copy of this notice to your Medigap insurer.

35.5 - We did not send this claim to your private insurer. They have indicated no additional payment can be made. Send any questions regarding your benefits to them.

35.6 - Your supplemental policy is not a Medigap policy under Federal and State law or regulation. It is your responsibility to file a claim directly with your insurer.

35.7 - Please do not submit this notice to them (Add-on to other messages as appropriate.)

### **50.36 - Limitation of Liability**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

36.1 - Our records show that you were informed in writing, before receiving the service, that Medicare would not pay. You are liable for this charge. If you do not agree with this statement, you may ask for a review.

36.2 - It appears that you did not know that we would not pay for this service, so you are not liable. Do not pay your provider for this service. If you have paid your provider for this service, you should submit to this office three things: (1) a copy of this notice, (2) your provider’s bill, and (3) a receipt or proof that you have paid the bill. You must file your written request for payment within 6 months of the date of this notice. Future services of this type provided to you will be your responsibility.

36.3 - Your provider has been notified that you are due a refund if you paid for this service. If you do not receive a refund from the provider within 30 days from your receipt of this notice, please write our office and include a copy of this notice. Your provider has the right to appeal this decision, which may change your right to a refund.

36.4 - This payment refunds the full amount you paid to your provider for the services previously processed and denied. You are entitled to this refund because your provider did not tell you in writing before providing the service(s) that Medicare would not pay for the denied service (s). In the future, you will have to pay for this service when it is denied.

36.5 - This payment refunds the full amount you are entitled to for services previously processed and reduced. You are entitled to this refund because your provider did not tell you in writing before providing the service (s) that Medicare would approve it at a lower amount. In the future, you will have to pay for the service as billed when it is reduced.

36.6 - Medicare is paying this claim, this time only, because it appears that neither you nor the provider knew that the service(s) would be denied. Future services of this type provided to you will be your responsibility.

*36.7- This code is for informational/reporting purposes only. You should not be charged for this code. If there is a charge, you do not have to pay the amount.*

## **50.38 - General Information Section**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

38.3 - If you change your address, contact the Social Security Administration by calling 1-800-772-1213.

38.4 - You are at high risk for complications from the flu and it is very important that you get vaccinated. Please contact your health care provider for the flu vaccine.

38.5 - If you have not received your flu vaccine it is not too late. Please contact your health care provider about getting the vaccine.

38.6 - January is cervical cancer prevention month.

38.7 - The Pap test is the most effective way to screen for cervical cancer.

38.8 - Medicare helps pay for screening Pap tests once every two years.

38.9 - Colorectal cancer is the second leading cancer killer in the United States. However, screening tests can find polyps before they become cancerous. They can also find cancer early when treatment works best. Medicare helps pay for screening tests. Talk to your doctor about the screening options that are right for you.

38.10 - Compare the services you receive with those that appear on your Medicare Summary Notice. If you have questions, call your doctor or provider. If you feel further investigation is needed due to possible fraud or abuse, call the phone number in the Customer Service Information Box.

38.11-January is cervical health month. The Pap test is the most effective way to screen for cervical cancer. Medicare helps pay for screening Pap tests every two years. For more information on Pap tests, call your Medicare carrier.

38.12-Your physician participates in the Competitive Acquisition Program for Medicare Part B drugs (CAP. The drug(s) you received in your physician's office were provided by an approved CAP vendor. You will receive two separate Medicare Summary Notices

(MSNs). This MSN is from the Medicare carrier that processes claims for your drug that came from the approved CAP vendor. You will receive another MSN from the Medicare carrier that processes claims for your physician, for the administration of the drug(s). If you appeal the determination for this drug vendor claim, you must send your appeal to the Medicare carrier address listed on the physician administration MSN, and not this vendor claim MSN.

38.13 – If you aren't due a payment check from Medicare, your Medicare Summary Notices (MSN) will now be mailed to you on a quarterly basis. You will no longer get a monthly statement in the mail for these types of MSNs. You will now get a statement every 90 days summarizing all of your Medicare claims. Your provider may send you a bill that you may need to pay before you get your MSN. When you get your MSN, look to see if you paid more than the MSN says is due. If you paid more, call your provider about a refund. If you have any questions about the bill from your provider, you should call your provider.

38.18 - ALERT: Coverage by Medicare will be limited for outpatient physical therapy (PT), speech-language pathology (SLP), and occupational therapy (OT) services for services received on January 1, 2006 through December 31, 2007. The limits are \$1,740 in 2006 and \$1780 in 2007 for PT and SLP combined and \$1,740 in 2006 and \$1780 in 2007 for OT. Medicare pays up to 80 percent of the limits after the deductible has been met. These limits don't apply to certain therapy approved by Medicare or to therapy you get at hospital outpatient departments, unless you are a resident of and occupy a Medicare-certified bed in a skilled nursing facility. If you have questions, please call 1-800-MEDICARE.

*You have the right to request an itemized statement which details each Medicare item or service which you have received from your physician, hospital, or any other health supplier or health professional. Please contact them directly, in writing, if you would like an itemized statement.*

*Beneficiaries needing or receiving home health care may qualify for the new Home Health Independence Demonstration and have the freedom to leave home more often while remaining eligible for Medicare home health services. To qualify, you must meet several criteria, have a permanent disabling condition, and live in Colorado, Massachusetts, or Missouri.*

*For more information, ask your home health agency about the "Home Health Independence Demonstration"; call 1(800) MEDICARE (1-800-633-4227); or visit our website at: [www.cms.hhs.gov/researchers/demos/homehealthindependence.asp](http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/homehealthindependence.asp)*

### **50.39 - Add-On Messages**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

9.3 - Please ask your provider to submit a new complete claim to us. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

9.7 - We have asked your provider to resubmit the claim with the missing or correct information. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

15.16 - Your claim was reviewed by our Medicare staff. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

15.17 - We have approved this service at a reduced level. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

16.34 - You should not be billed for this item or service. You do not have to pay this amount. (Add-on to other messages, or use individually as appropriate.)

16.35 - You do not have to pay this amount. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

16.36 - If you have already paid it, you are entitled to a refund from this provider. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

16.37 - Please see the back of this notice. (NOTE: Add-on to other messages as you feel appropriate.)

16.45 - You cannot be billed separately for this item or service. You do not have to pay this amount.

25.2 - You can be billed only 20% of the charges that would have been approved. (NOTE: Add-on to 25.1 for assigned claims.)

29.26 - The primary payer is\_\_\_\_\_. (NOTE: Add-on to other messages as appropriate.)

35.7 - Please do not submit this notice to them (add-on to other messages as appropriate).

29.31 - Resubmit this claim with the missing or correct information.

#### **50.40- Mandated Messages**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

14.7 - This service is paid at 100% of the Medicare approved amount. (NOTE: Mandated message - This message must appear on all service lines paid at 100% of the Medicare approved amount.)

16.11 - Payment was reduced for late filing. You cannot be billed for the reduction. (NOTE: Mandated message - This message must print on all service lines subject to the 10% reduction.)

16.12 - Outpatient mental health services are paid at 50% of the approved charges. (NOTE: Mandated message - This message must print on all service lines subject to the outpatient psychiatric reduction.)

16.33 - Your payment includes interest because Medicare exceeded processing time limits. (NOTE: Mandated message - This message must print claim level if interest is added into the beneficiary payment amount for unassigned or split pay claims.)

20.4 - (\_\_\_\_) of the Benefit Days Used were charged to your Lifetime Reserve Day benefit. (NOTE: Mandated message - This message must be printed claim level when all or a portion of the Benefit Days Used are charged to the Lifetime Reserve Day benefit.)

22.1 - Your claim was separated for processing. The remaining services may appear on a separate notice. (NOTE: Mandated message - This message must print claim level on all split claims, including the original and replicate claim.)

29.14 - Medicare's secondary payment is (\$\_\_\_\_). This is the difference between the primary insurer's approved amount of (\$\_\_\_\_) and the primary insurer's paid amount of (\$\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print service level when a Medicare secondary payment is made and the primary insurer's approved amount is higher than Medicare's approved amount. Do not print when the claim paid amount is equal to the amount Medicare would pay if services were not covered by a third party insurer. This message should print claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level.)

29.15 - Medicare's secondary payment is (\$\_\_\_\_). This is the difference between Medicare's approved amount of (\$\_\_\_\_) and the primary insurer's paid amount of (\$\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print service level when a Medicare secondary payment is made and Medicare's approved amount is higher than the primary insurer's approved amount. Do not print when the claim paid amount is equal to the amount Medicare would pay if services were not covered by a third party payer. This message should print claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level.)

29.16 - Your primary insurer approved and paid (\$\_\_\_\_) on this claim. Therefore, no secondary payment will be made by Medicare. (NOTE: Mandated message - This message should print service level when the primary insurer's approved amount is higher than Medicare's approved amount and the primary payment is equal to the approved amount. Do not print on denied service lines. This message should print claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level. Print either "claim" or "service" in the message as applicable. Do not print "claim/service.")

29.17 - Your provider agreed to accept (\$\_\_\_\_) as payment in full on this (claim/service). Your primary insurer has already paid (\$\_\_\_\_) so Medicare's payment is the difference between the two amounts. (NOTE: Mandated message - This message should print service level when the provider is obligated to accept less than the Medicare approved amount. Print the message at the claim level for MSNs containing claims or adjustments having the Medicare secondary payment calculated at the claim level. Print either "claim" or "service" in the message as applicable. Do not print "claim/service.")

29.18 - The amount listed in the "You May Be Billed" column assumes that your primary insurer paid the provider. If your primary insurer paid you, then you are responsible to pay the provider the amount your primary insurer paid to you plus the amount in the "You May Be Billed" column. (NOTE: Mandated message - This message should print on all assigned MSP service lines when Medicare secondary payment was made. Print message on assigned service lines for full recoveries. Do not print on denied service lines.)

29.19 - The amount listed in the “You May Be Billed” column assumes that your primary insurer paid you. If your primary insurer paid the provider, then you only need to pay the provider the difference between the amount charged and the amount the primary insurer paid. (NOTE: Mandated message - This message should print on all unassigned MSP service lines when Medicare secondary payment was made. Print message on unassigned service lines for full recoveries. Do not print on denied service lines. Do not print when conditions in 29.20 or 29.22 are met.)

29.20 - The amount listed in the “You May Be Billed” column assumes that your primary insurer paid you. If your primary insurer paid the provider, then you only need to pay the provider the difference between the amounts the provider agreed to accept and the amount the primary insurer paid. (NOTE: This message should print on all unassigned MSP service lines when the provider is obligated to accept less than the Medicare approved amount. Do not print on denied service lines.)

29.21 - The amount listed in the “You May Be Billed” column assumes that your primary insurer made no payment for this service. If your primary insurer did make payment for this service, the amount you may be billed is the difference between the amount charged and the primary insurer’s payment. (NOTE: Mandated message - This message should print on all Medicare disallowed services for which the beneficiary is liable and the service has been submitted on a claim indicating there has been a primary insurer payment made.)

29.22 - The amount listed in the “You May Be Billed” column assumes that your primary insurer paid you. If your primary insurer paid the provider, then you only need to pay the provider the difference between the amount the provider can legally charge and the amount the primary insurer paid. See note (\_\_\_) for the legal charge limit. (NOTE: This message should print on all unassigned MSP service lines when a Medicare secondary payment is made and the provider has exceeded the limiting charge.)

29.32 - Medicare’s secondary payment is (\$\_\_\_\_\_). This is the difference between Medicare’s limiting charge amount of (\$\_\_\_\_\_ ) and the primary insurer’s paid amount of (\$\_\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print service level when the Medicare secondary payment is the difference between the limiting charge amount and the primary insurer’s paid amount.)

30.3 - Your doctor did not accept assignment for this service. Under Federal law, your doctor cannot charge more than (\$\_\_\_\_\_). If you have already paid more than this amount, you are entitled to a refund from the provider. (NOTE: This message should print on all assigned service lines for which the billed amount exceeds the Medicare limiting charge. Do not print when the amount the limiting charge is exceeded is less than any threshold established by CMS.)

34.3 - After applying Medicare guidelines and the amount you paid to the provider at the time the services were rendered, our records indicate you are entitled to a refund. Please contact your provider. (NOTE: Mandated message - This message should print on assigned claims with a split payment to the beneficiary under \$1.00.)

31.11 - The previous notice we sent stated that your doctor could not charge more than (\$\_\_\_\_\_). This additional payment allows your doctor to bill you the full amount

charged. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level, as appropriate, when limiting charge applies.)

31.12 - The previous notice we sent stated the amount you could be charged for this service. This additional payment changed that amount. Your doctor cannot charge you more than (\$\_\_\_\_\_). (NOTE: Mandated message - This message should print claim level, as appropriate, when limiting charge applies.)

31.13 - The Medicare paid amount has been reduced by (\$\_\_\_\_\_) previously paid for this claim. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on all adjustments for which a partial payment was previously made.)

32.1 - (\$\_\_\_\_\_) of this payment has been withheld to recover a previous overpayment. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level when the beneficiary check amount is reduced to recover a previous overpayment. Fill in the blank with the amount withheld on the claim at issue.)

34.1 - Of the total (\$\_\_\_\_\_) paid on this claim, we are paying you (\$\_\_\_\_\_) because you paid your provider more than your 20% coinsurance on Medicare approved services. The remaining (\$\_\_\_\_\_) was paid to the provider. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on all assigned split pay claims.)

34.2 - The amount in the "You May Be Billed" column has been reduced by the amount you paid the provider at the time the services were rendered. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on all assigned claims with a beneficiary paid amount that does not exceed coinsurance and deductible and for all unassigned claims submitted with a beneficiary paid amount.)

34.3 - After applying Medicare guidelines and the amount you paid to the provider at the time the services were rendered, our records indicate you are entitled to a refund. Please contact your provider. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on assigned claims with a split payment to the beneficiary under \$1.00.)

34.8 - The amount you paid the provider for this claim was more than the required payment. You should be receiving a refund of (\$\_\_\_\_\_) from your provider, which is the difference between what you paid and what you should have paid. (NOTE: Mandated message - This message should print claim level on assigned claims with a split payment to the beneficiary under \$1.00.)

37.1 - This approved amount has been applied toward your deductible. (NOTE: Mandated message - This message should print on each service line with the total approved amount applied to the deductible.)

37.2 - (\$\_\_\_\_\_) of this approved amount has been applied toward your deductible. (NOTE: Mandated message - This message should print on each service line with a portion of the approved amount applied to the deductible.)

37.3 - (\$\_\_\_\_\_) was applied to your inpatient deductible. (NOTE: Mandated message - This message should print on all Part A line items with all, or a portion of the approved amount applied to the inpatient deductible.)

Print the following messages in the “Deductible Information Section” as appropriate. Print all messages that apply. There must be at least one message printed in the deductible section for all MSNs.

37.9 - You have now met (\$\_\_\_\_\_) of your (\$\_\_\_\_\_) Part B deductible for (year).

37.10 - You have now met (\$\_\_\_\_\_) of your (\$\_\_\_\_\_) Part A deductible for this benefit period.

37.11 - You have met the Part B deductible for (year).

37.12 - You have met the Part A deductible for this benefit period.

37.13 - You have met the blood deductible for (year).

37.14 - You have met (\$\_\_\_\_\_) pints of your blood deductible.

### **50.43 - Demonstration Project**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

60.1 - In partnership with physicians in your area, \_\_\_\_\_ is participating in a Medicare demonstration project that uses a simplified payment method to combine all hospital and physician care related to your hospital service.

60.2 - The total Medicare approved amount for your hospital service is (\$\_\_\_\_\_). (\$\_\_\_\_\_) is the Part A Medicare amount for hospital services and (\$\_\_\_\_\_) is the Part B Medicare amount for physician services (of which Medicare pays 80 percent). You are responsible for any deductible and coinsurance amounts represented.

*60.3 - Medicare has paid (\$\_\_\_\_\_) for hospital and physician services. Your Part A deductible is (\$\_\_\_\_\_). Your Part A coinsurance is (\$\_\_\_\_\_) Your Part B coinsurance is (\$\_\_\_\_\_).*

60.4 - This claim is being processed under a demonstration project.

60.5 - This claim is being processed under a demonstration project. If you would like more information about this project, please contact 1-888-289-0710.

60.6 - A claim has been submitted on your behalf indicating that you are participating in the Medicare Coordinated Care Demonstration project. However, our records indicate that you are not currently enrolled or your enrollment has not yet been approved for the demonstration.

60.7 - A claim has been submitted on your behalf indicating that you are participating in the Medicare Coordinated Care Demonstration project. However, our records indicate that either you have terminated your election to participate in the demonstration project or the dates of service are outside the demonstration participation dates.

60.8 - The approved amount is based on the maximum allowance for this item under the DMEPOS Competitive Bidding Demonstration.



60.9 - Our records indicate that this patient began using this service(s) prior to the current round of the DMEPOS Competitive Bidding Demonstration. Therefore, the approved amount is based on the allowance in effect prior to this round of bidding for this item.

60.10 - Even though this service is being paid in accordance with the rules and guidelines under the Competitive Bidding Demonstration, future claims may be denied when this item is provided to this patient by a non-demonstration supplier. If you would like more information regarding this project, you may contact 1-888-289-0710.

*60.11-This payment is being retracted because the services provided are covered under a demonstration project in which the hospital receives payment for all physician and hospital services related to this admission. The provider should seek reimbursement directly from the hospital where the care was provided. Any deductible or coinsurance paid by you or your supplemental insurer (including Medicaid) for these services should be returned by the provider.*

*60.12- Your co-payment under this demonstration is the lesser of 20% of the Medicare allowed amount or 20% of the allowed amount under your drug discount card.*

*60.13- This claim is being processed under a demonstration project. Services cannot be covered because you do not reside in one of the demonstration area.*

*60.14-This claim is being processed under a demonstration project. Services cannot be covered because your doctor does not have a practice in one of the demonstration areas.*

*60.15- Beginning April 1, 2005 through March 31, 2007, Medicare will cover additional chiropractic services. For more information, talk to your chiropractor, call 1-800-MEDICARE, or go to <http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/eccs/default.asp> .*

## **90.5 - Número/Nombre/Inscripción**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

5.1 - Nuestros archivos indican que usted no está cubierto(a) bajo el número de Medicare en esta notificación. Si usted no está de acuerdo, comuníquese con la oficina del Seguro Social.

5.2 - El nombre o número de Medicare es incorrecto o fue omitido. Por favor, revise su tarjeta de Medicare. Si la información en esta notificación es diferente a la de su tarjeta, comuníquese con el proveedor del servicio.

5.3 - Nuestros archivos indican que la fecha de fallecimiento fue antes de la fecha del servicio.

5.4 - Si usted cambia el cheque adjunto, usted está legalmente obligado a pagar por estos servicios. Si usted no desea asumir esta obligación, favor de devolvemos este cheque.

5.5 - Nuestros archivos indican que usted no tenía la Parte A (B) cuando recibió éstos servicios. Si usted no está de acuerdo favor de llamar al número de Servicios al Cliente indicado en esta notificación.

5.6 - El nombre o número de Medicare es incorrecto o fue omitido. Pídale a su proveedor de servicios que use el nombre y número indicados en esta notificación para futuras reclamaciones.

*5.7- Medicare no puede pagar por este artículo o servicio porque, en la fecha en que lo recibió, usted no estaba legalmente en los Estados Unidos.*

## **90.7 - Duplicados**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

7.1 - Este es un duplicado de un cargo previamente sometido.

7.2 - Este es un duplicado de una reclamación procesada por otro contratista de Medicare. Usted debe recibir un Resumen de Medicare de ellos.

7.3 - Este servicio/artículo es un duplicado de otro servicio procesado previamente. No tiene derechos de apelación por la denegación de este servicio, excepto si cuestiona que este servicio es un duplicado. Haga caso omiso a la información sobre apelaciones en esta notificación, en relación a sus derechos de apelación, a menos que esté apelando si el servicio fue duplicado.

*7.4- La reclamación por el cargo cobrado fue denegada porque se envió después del tiempo permitido.*

7.7 - Su médico eligió participar en el Programa de Adquisición Competitiva para estas medicinas. Las reclamaciones para estas medicinas deben ser facturadas por el distribuidor de medicinas adecuado y no por su médico.

7.8 – Su médico ha elegido participar en el Programa de Adquisición Competitiva (CAP, por sus siglas en inglés) para las medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare. Medicare no puede pagar por el suministro de las medicinas cobradas porque estas medicinas no están disponibles del vendedor CAP.

## **90.8 - Equipo Médico Duradero**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

8.1 - Su suplidor es responsable por el servicio y reparación de su equipo alquilado.

8.2 - Para usted poder recibir un pago de Medicare, debió obtener una receta médica antes de alquilar o comprar este equipo.

8.3 - Este equipo no está cubierto ya que su uso primario no es por razones médicas.

8.4 - Medicare no paga por equipo que es igual o similar al equipo que usted está usando actualmente.

8.5 - Equipo alquilado que no es necesario ni usado, no está cubierto.

8.6 - Hemos hecho un pago parcial porque la cantidad permitida de compra ha sido alcanzada. No se pagarán gastos de alquiler adicionales.

- 8.7 - Este equipo está cubierto solamente cuando es alquilado.
- 8.8 - Este equipo está cubierto solamente cuando es comprado.
- 8.9 - El pago se redujo por la cantidad ya pagada por el alquiler de este equipo.
- 8.10 - El pago está incluido en la cantidad aprobada por otro equipo.
- 8.11 - La cantidad de compra ha sido alcanzada. Si usted continúa alquilando esta pieza de equipo, los cargos por alquiler son su responsabilidad.
- 8.12 - La cantidad aprobada está basada en la cantidad de oxígeno recetada por el médico.
- 8.13 - Pagos mensuales por alquiler pueden hacerse hasta 15 meses desde el primer mes de alquiler o hasta que el equipo no sea necesario, lo que ocurra primero.
- 8.14 - Su suplidor debe proveer y dar servicio al equipo por el tiempo que sea necesario. Medicare pagará por el mantenimiento y/o servicio por cada periodo de 6 meses después de finalizar el pago 15 del alquiler.
- 8.15 - Mantenimiento y/o servicio de este artículo no está cubierto hasta 6 meses después de finalizar el pago 15 de alquiler.
- 8.16 - La cantidad mensual permitida incluye el pago por oxígeno y sus artículos.
- 8.17 - El pago por este artículo está incluido en la cantidad del pago mensual de alquiler.
- 8.18 - Este pago se denegó porque el suplidor no obtuvo la orden por escrito del médico antes de entregar el artículo.
- 8.19 - Los impuestos de venta fueron incluidos en la cantidad aprobada por este artículo.
- 8.20 - Medicare no paga por este equipo o artículo.
- 8.21 - Este artículo no puede ser pagado sin obtener un certificado de necesidad médica nuevo, revisado o renovado.
- 8.22 - No se pueden hacer más pagos porque el costo de las reparaciones ha igualado el precio de compra de este artículo.
- 8.23 - No se puede hacer el pago debido a que el artículo ha llegado al límite de 15 meses. Pagos separados se pueden hacer por mantenimiento y reparaciones cada 6 meses.
- 8.24 - La reclamación no demuestra que usted es dueño o esté comprando equipo que necesite estas piezas o suministros.
- 8.25 - El pago no se hará hasta que usted le diga al suplidor si usted desea alquilar o comprar el equipo.
- 8.26 - Empezando el cuarto mes de alquiler los pagos se reducen en 25%.
- 8.27 - Los pagos de alquiler se limitan a 13 pagos porque usted decidió comprar el equipo.
- 8.28 - El mantenimiento, servicio, reemplazo o reparación de este artículo no está cubierto.

- 8.29 - El pago se autoriza para el mecanismo que levanta la silla, no para la silla completa.
- 8.30 - Este artículo no está cubierto debido que el médico no llenó el certificado de necesidad médica.
- 8.31 - El pago fue denegado porque exámenes de gas en la sangre no pueden ser administrados por un suplidor de equipo médico duradero.
- 8.32 - Este artículo se puede alquilar por 2 meses solamente. Debe ser comprado si lo necesita por más tiempo.
- 8.33 - Este es el penúltimo pago por este artículo.
- 8.34 - Este es el último pago por este artículo.
- 8.35 - Este artículo no está cubierto cuando el oxígeno no está en uso.
- 8.36 - El pago se denegó debido a que el certificado de necesidad médica en nuestros archivos no estaba en efecto en la fecha de este servicio.
- 8.37 - Un formulario de re-certificación fue enviado a su médico.
- 8.38 - Este artículo debe ser alquilado por 2 meses antes de comprarlo.
- 8.39 - Este es el décimo mes de pago por alquiler. Su suplidor le debe ofrecer la opción de cambiar el acuerdo de alquiler a un acuerdo de compra.
- 8.40 - Hemos pagado anteriormente por la compra de este artículo.
- 8.41 - El pago por la cantidad de oxígeno suplido ha sido reducido o denegado debido a que el límite mensual ha sido alcanzado.
- 8.42 - Equipo listo para usar en caso de necesidad no está cubierto.
- 8.43 - El pago fue denegado debido que el equipo no puede proveer los litros por minuto recetados por su médico.
- 8.44 - El pago fue basado en un artículo corriente debido que la información recibida no demostró la necesidad para usar uno de lujo o más costoso.
- 8.45 - Los pagos para las sillas de ruedas eléctricas son permitidos si la decisión de compra fue hecha en el primer o décimo mes de alquiler.
- 8.46 - El pago fue incluido en otro artículo o servicio proporcionado al mismo tiempo.
- 8.47 - Medicare no pagará por suministros o accesorios usados con equipo que no está cubierto.
- 8.48 - El pago de este medicamento ha sido denegado porque la necesidad de este equipo no ha sido demostrada.
- 8.49 - El pago ha sido reducido porque parte de este artículo fue pagado en otra reclamación.
- 8.50 - Medicare no puede pagar por esta medicina o por el equipo debido a que nuestros expedientes no muestran que su suplidor está autorizado para distribuir medicinas, y, por lo tanto, no puede asegurar la seguridad y efectividad de la medicina o del equipo. En el

futuro, si usted desea que Medicare pague por esta medicina, usted debe obtener la medicina por una farmacia autorizada.

8.51 - Usted no es responsable de ningún cargo adicional como resultado de obtener un artículo de lujo o más costoso.

8.52 - Usted firmó una Notificación Previa al Beneficiario. Usted es responsable de la diferencia entre el costo del artículo de lujo o más costoso y el pago de Medicare.

8-53 - Este artículo/servicio fue denegado porque la información del artículo/servicio de lujo o más costoso era inválida.

*8.54 - Si el suplidor hubiera sabido que Medicare no pagaría por los artículos o servicios negados y no le informó por escrito, antes de proveerle los artículos o servicios, que Medicare probablemente negaría el pago, usted podría tener derecho a recibir un reembolso por cualquier cantidad que pagó. Sin embargo, si el suplidor pide una revisión de esta reclamación en 30 días, un reembolso no es requerido hasta que completamos nuestra revisión. Si usted pagó por este servicio y no escucha nada sobre un reembolso en 30 días, comuníquese con su suplidor.*

*8.56- Medicare no puede procesar esta reclamación debido a que ya le habíamos notificado que usted debe usar un suplidor autorizado por Medicare, al cual le hemos asignado un número de identificación.*

*8.59- Las Empresas Regionales de Equipo Médico Duradero pagan por los medicamentos Epoetina Alfa y Darbepoetina Alfa sólo a pacientes del Método II de diálisis con enfermedad renal en etapa final que están confinados al hogar.*

*8.60 - El pago fue denegado debido a que nuestros expedientes no muestran una estadía o cirugía en un hospital para el suministro del equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) o prótesis.*

*8.61 - Este suplidor no se encuentra en su área de oferta competitiva pero tiene que usar el mismo costo que un suplidor en su área. Este suplidor no le puede cobrar más del 20% del costo de oferta y algún deducible que deba.*

*8.62- Este suplidor no se encuentra en su área de oferta competitiva, pero está en un área de oferta competitiva distinta. Este suplidor no ganó un contrato bajo la oferta competitiva nacional, por lo tanto no puede cobrarle por este artículo. Usted debe usar un suplidor que ganó un contrato para esa área.*

*8.63- Este suplidor no se encuentra en su área de oferta competitiva sino que está en un área de oferta competitiva distinta. Este suplidor ganó un contrato en su área bajo la oferta competitiva nacional. El suplidor debe usar el costo de la oferta de su área como pago completo y no le puede cobrar más del 20% del costo de oferta para su área y algún deducible que deba.*

*8.64 - Los pagos mensuales por alquiler pueden hacerse hasta 13 meses contando desde el mes que usted hizo el primer pago o hasta que usted no necesite más el equipo, lo que ocurra primero. Después de 13 meses de pago por el alquiler, su suplidor le debe transferir el título de propiedad de este equipo a usted.*

*8.65 - Medicare pagará por el mantenimiento y/o servicio que sea médicamente necesario, según su necesidad, después de que pasen y pague por 13 meses de alquiler.*

*8.66 - Medicare ha pagado por 36 meses de alquiler para su equipo de oxígeno. Su proveedor le debe transferir el título de este equipo a usted. No se harán más pagos por el alquiler. Continuaremos pagando por la entrega de la materia de oxígeno, según sea apropiado, y por el mantenimiento necesario de su equipo.*

*8.67 - Medicare ya ha pagado por 36 meses de alquiler para su equipo de oxígeno. El proveedor le debe haber transferido el título del equipo a usted. El proveedor no debe recaudarle más dinero por este equipo y debe reembolsarle cualquier dinero que usted haya pagado.*

*8.68- Medicare pagará el alquiler de su oxígeno por 36 meses (o hasta que usted no necesite más el equipo). Después de que Medicare haga 36 pagos, su proveedor le transferirá el título de propiedad y usted será el dueño del equipo.*

*8.69- Medicare pagará por el mantenimiento y servicio de su equipo de oxígeno. Esto empezará 6 meses después de que el proveedor le transfiera el título de propiedad del equipo a usted.*

## **90.11 - Reclamaciones Transferidas**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

11.1 - Su reclamación fue enviada al contratista de Medicare apropiado para ser procesada. Usted recibirá una notificación de ellos.

(NOTE: Use for carriers, intermediaries, RRB, United Mine Workers.)

11.2 - Esta información se está enviando a Medicaid. Ellos la revisarán para ver si beneficios adicionales pueden ser pagados.

*11.3 – Nuestros archivos muestran que usted está inscrito en un plan de salud Medicare. Su proveedor debe facturarle este servicio al plan.*

*11.4 - Nuestros archivos muestran que usted está inscrito en un plan de salud Medicare. Su reclamación fue enviada al plan para procesarla.*

11.5 - Esta reclamación debe ser sometida a (agencia de seguros de Medicare Parte B, agencia regional de seguros para equipo médico duradero o agencia de Medicaid).

11.6 - Le hemos pedido a su proveedor que resomete esta reclamación a la agencia de seguros de Medicare Parte B (intermediario) correspondiente. Dicha agencia de seguros de Medicare Parte B es ( nombre y dirección de la agencia de seguros de Medicare Parte B, intermediario, o agencia regional de seguros para de equipo médico duradero, etc.).

11.7 - Esta reclamación/servicio no se paga bajo nuestra jurisdicción de reclamaciones. Le hemos notificado a su proveedor que debe enviar la reclamación/servicio a la agencia de seguros de Medicare Parte B apropiada para ser procesada.

11.9 - Esta reclamación/servicio no se paga bajo nuestra jurisdicción de reclamaciones. Le hemos notificado a su proveedor que debe enviar la reclamación por estos servicios a

la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés), agencia de seguros de Medicare Parte B.

*11.10 - Le hemos identificado como un beneficiario de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés), agencia de seguros de Medicare Parte B. Usted debe enviar su reclamación por estos servicios para que sea procesada a la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés), agencia de seguros de Medicare Parte B Palmetto GBA, PO Box 10066, Augusta, GA 30999.*

## **90.13 - Instalación de Enfermería Especializada**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

13.1 - No se demostraron fechas aprobadas de estadía en el hospital para una estadía en esta instalación de enfermería especializada.

13.2 - Los beneficios de una instalación de enfermería especializada son obtenibles solamente después de una estadía en el hospital de por lo menos 3 días.

13.3 - La información proporcionada no confirma la necesidad de una estadía en una instalación de enfermería especializada.

13.4 - La información proporcionada no confirma la necesidad de continuar los servicios de cuidado de una instalación de enfermería especializada.

13.5 - Usted no fue ingresado en una instalación de enfermería especializada dentro de los 30 días después de ser dado de alta en el hospital.

13.6 - Los beneficios de cuidado primario en una instalación de enfermería especializada rural son obtenibles después de una estadía de hospital de por lo menos 2 días.

13.7 - Normalmente, servicios de cuidado de salud no están cubiertos cuando son proporcionados en una cama que no está certificada por Medicare. Sin embargo, como usted recibió servicios de cuidado de salud que sí estaban cubiertos, decidimos que no tiene que pagarle a la institución nada más que el seguro complementario y los artículos y servicios que Medicare no cubre.

13.8 - La instalación de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) debe archivar una reclamación para beneficios de Medicare porque usted estaba hospitalizado.

13.9 - Medicare Parte B no paga por este artículo o servicio ya que nuestros expedientes indican que usted estaba en una instalación de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) en esta fecha. Su proveedor debe cobrarle este servicio a la instalación de enfermería especializada o a el intermediario fiscal.

*13.10 - La Parte B de Medicare no paga por artículos o servicios provistos por este tipo de médico ya que nuestros expedientes indican que usted estaba recibiendo beneficios de la Parte A de Medicare en una institución de enfermería especializada en esta fecha.*

13.11 - Sólo le quedan \_\_\_\_ de los 100 días por este período de beneficios de cuidado en un centro de enfermería especializada.

## **90.15 - Necesidad Médica**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

- 15.1 - La información proporcionada no confirma la necesidad de esta cantidad de servicios o artículos.
- 15.2 - La información proporcionada no confirma la necesidad para este equipo.
- 15.3 - La información proporcionada no confirma la necesidad para las características especiales de este equipo.
- 15.4 - La información proporcionada no confirma la necesidad para este servicio o artículo.
- 15.5 - La información proporcionada no confirma la necesidad por servicios similares por más de un médico durante el mismo periodo.
- 15.6 - La información proporcionada no confirma la necesidad de estos servicios o artículos en este periodo de tiempo.
- 15.7 - La información proporcionada no confirma la necesidad de más de una visita al día.
- 15.8 - La información proporcionada no confirma el nivel de servicios según indicado en la reclamación.
- 15.9 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad no aprobó este servicio.
- 15.10 - Medicare no paga por más de un asistente de cirujano para este procedimiento.
- 15.11 - Medicare no paga por el asistente del cirujano por este procedimiento/cirugía.
- 15.12 - Medicare no paga por dos cirujanos para este procedimiento.
- 15.13 - Medicare no paga por un equipo de cirujanos para este procedimiento.
- 15.14 - Medicare no paga por acupuntura.
- 15.15 - El pago se redujo debido a que la información recibida no confirma la necesidad para este artículo como fue facturado.
- 15.16 - Su reclamación fue revisada por nuestro personal médico.
- 15.17 - Hemos aprobado este servicio con un índice de pago reducido.
- 15.18 - Medicare no cubre este servicio en su casa.
- 15.19 - Una Política Local de Revisión Médica (LMRP, por sus siglas en inglés) o una Determinación de Cobertura Local (LCD, por sus siglas en inglés) fue utilizada cuando se tomó esta decisión. La Política Local de Revisión Médica y la Determinación de Cobertura Local proveen una guía que ayuda a determinar si un artículo o servicio en particular está cubierto por Medicare. Una copia de esta política está disponible en su intermediario o su empresa de seguros Medicare local al llamar al número que aparece en la sección de Servicios al Cliente en la página uno. Usted puede comparar los datos de su



caso con las reglas establecidas en la Política Local de Revisión Médica y en la Determinación de Cobertura Local para ver si obteniendo información adicional de su médico pudiera cambiar nuestra decisión

15.20 - Las siguientes políticas [añadir los #s de LMRP/LCD, por sus siglas en inglés y los #s de NCD, por sus siglas en inglés] fueron utilizadas cuando se tomó esta decisión.

*15.21 La información proporcionada no justifica la necesidad de esta cantidad de servicios o artículos en este periodo de tiempo pero usted no tiene que pagar esta cantidad.*

*15.22 La información proporcionada no justifica la necesidad de esta cantidad de servicios o artículos en este periodo de tiempo por lo cual Medicare no pagará por este artículo o servicio.*

## **90.16 - Miscelaneo**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

16.1 - Este servicio no puede ser aprobado debido que la fecha en la reclamación indica que fue facturado antes del servicio.

16.2 - Este servicio no se puede pagar cuando es suministrado en esta sitio/facilidad.

16.3 - La reclamación no muestra que el servicio o artículo fue recetado por su médico.

16.4 - Este servicio requiere aprobación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

16.5 - Este servicio no se aprobará sin el plan de tratamiento por el terapeuta ocupacional o físico.

16.6 - Este artículo o servicio no se pagará a menos de que el proveedor acepte asignación.

16.7 - Su proveedor debe completar y someter su reclamación.

16.8 - El pago fue incluido en otro servicio recibido el mismo día.

16.9 - Este pago ha sido reducido por la cantidad previamente pagado por un procedimiento relacionado.

16.10 - Medicare no paga por este artículo o servicio.

16.11 - El pago fue reducido por enviar la reclamación tarde. A usted no le pueden cobrar esta reducción.

16.12 - Servicios de salud mental como paciente externo se pagan al 50% del costo aprobado.

16.13 - El/los código(s) que usó su proveedor no es/son válido(s) en la fecha de servicio facturada.

16.14 - El cheque adjunto reemplaza su cheque (#\_\_\_\_), fechado (\_\_\_\_\_.)

- 16.15 - El cheque adjunto reemplaza su cheque anterior.
- 16.16 - De acuerdo a su solicitud, éste es un duplicado del Resumen de Medicare.
- 16.17 - Medicare no paga por este servicio cuando no es proporcionado conjuntamente con una alimentación parenteral total.
- 16.18 - Servicio proporcionado antes de la fecha autorizada para comenzar una terapia de alimentación parenteral/nasogástrica no está cubierto.
- 16.19 - La cantidad aprobada para esta alimentación parenteral/nasogástrica está basada en un nivel de más bajo de cuidado por la naturaleza del diagnóstico indicado.
- 16.20 - El pago aprobado por calorías-gramos es la cantidad mayor que Medicare aprueba según establecido en la prueba diagnóstica.
- 16.21 - El código de procedimiento fue cambiado para reflejar los servicios actuales rendidos.
- 16.22 - Medicare no paga por servicios cuando la cantidad a cobrar no se indica.
- 16.23 - Este cheque es por la cantidad en exceso que usted pagó para aplicar a un sobrepago anterior.
- 16.24 - Servicios proporcionados abordo de un barco son cubiertos solamente cuando el barco está registrado en los Estados Unidos y está en aguas territoriales de los Estados Unidos. Además, el servicio debe ser proporcionado por un médico con licencia para practicar en los Estados Unidos.
- 16.25 - Medicare no paga por tantos servicios o suministros.
- 16.26 - Medicare no paga por servicios o artículos relacionados con procedimientos que no han sido aprobados ni facturados.
- 16.27 - Este servicio no está cubierto porque nuestros archivos indican que usted estaba recluído en el hospital.
- 16.28 - Medicare no paga por servicios o equipo que usted no recibió.
- 16.29 - El pago fue incluido en otro servicio que usted recibió.
- 16.30 - Hemos combinado los servicios facturados bajo un solo procedimiento.
- 16.31 - Es su responsabilidad pagar al médico primario el costo mensual acordado.
- 16.32 - Medicare no paga este servicio por separado.
- 16.33 - Su pago incluye intereses debido a que Medicare excedió el tiempo límite para procesar la reclamación.
- 16.34 - Usted no debería ser facturado por este servicio. Usted es responsable solamente por cualquier cantidad del deducible o coseguro que aparece bajo la columna titulada 'Podría Ser Facturado'*
- 16.35 - Usted no tiene que pagar esta cantidad.
- 16.36- Si usted ya lo ha pagado, tiene derecho a un reembolso de su proveedor.*
- 16.37 - Por favor vea al dorso de esta notificación.

- 16.38 - No se incurre en cargos por días de ausencia.
- 16.39 - Solamente un proveedor al mes puede ser pagado por este servicio. Ya se le ha pagado a otro proveedor por este servicio.
- 16.40 - Solamente un servicio al día por paciente interno es aprobado.
- 16.41 - El pago se está denegando porque usted rehusó pedir un reembolso bajo sus beneficios de Medicare.
- 16.42 - La determinación del proveedor de no existir cubierta es correcta.
- 16.43 - Este servicio no puede ser aprobado sin un plan de tratamiento y supervisión de un médico.
- 16.44 - Cuidados rutinarios no están cubiertos.
- 16.45 - Usted no puede ser facturado separadamente por este artículo o servicio. Usted no tiene que pagar esta cantidad.
- 16.46 - Los límites de pago de Medicare no afectan el derecho de los Indígenas Americanos al servicio gratis prestado en las Instituciones de Salud Indígena.
- 16.47 - Cuando el deducible es aplicado a servicios psiquiátricos fuera del hospital, a usted le pueden facturar hasta la cantidad aprobada. La columna titulada "Podría Ser Facturado" le indicará la cantidad correcta que usted debe pagar a su proveedor.
- 16.48 - Medicare no paga por este artículo o servicio para esta afección.
- 16.49 - Esta reclamación/servicio no está cubierta por que servicios alternativos estaban disponibles, y debieron ser utilizados.
- 16.50 - El doctor o suplidor no podrá facturar más que la cantidad aprobada por Medicare.
- 16.51 - Este servicio no se cubre antes del 1 de abril de 2001.
- 16.52 - Este servicio fue negado debido a que la cobertura para este servicio es proporcionada solamente después de una prueba documentada sin éxito del ejercicio de entrenamiento del músculo pélvico.
- 16.53 - La cantidad que Medicare pagó al proveedor por esta reclamación es (\$\_\_\_\_\_.)
- 16.54 - Este servicio no está cubierto antes del 1 de enero de 2002.
- 16.55- El proveedor facturó este cargo como no cubierto.*
- 16.56 - La reclamación fue denegada porque la información proporcionada por la Administración del Seguro Social indica que usted ha sido deportado(a).*
- 16.57 - La Parte B de Medicare no paga por este artículo o servicio ya que nuestros expedientes muestran que en esta fecha usted estaba en un plan de Medicare + Opción. Su proveedor debe facturar este servicio a el plan de Medicare + Opción.*
- 16.58 - El proveedor facturó este cargo como no cubierto. Usted no tiene que pagar esta cantidad.*
- 16.59- Medicare no paga por citas médicas a las que no se presentó.*

*16.60- ¿Quiere ver sus reclamaciones (facturas) más recientes? Visite el sitio Web MiMedicare.gov en cualquier momento del día o la noche, para obtener lo máximo de su Medicare. Su información personalizada de Medicare estará disponible en línea.*

## **90.17 - Servicios Que No Fueron Prestados Por Doctores**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

17.1 - Servicios realizados por una enfermera privada no están cubiertos.

17.2 - Su médico debe facturar por este servicio de anestesia.

17.3 - Este servicio se denegó porque usted no lo recibió bajo la supervisión directa de un médico.

17.4 - Servicios realizados por un audiólogo no son cubiertos, excepto por procedimientos diagnósticos.

17.5 - El patrón de su proveedor debe enviar esta reclamación y estar de acuerdo en aceptar la asignación.

17.6 - Debido a que usted alcanzó su límite anual por este servicio, no se hará un pago completo.

17.7 - Este servicio debe ser realizado por un trabajador social clínico autorizado.

17.8 - El pago fue denegado debido a que usted alcanzó el pago máximo del beneficio.

17.9 - Este servicio es pagado por Medicare (Parte A/Parte B). El proveedor debe enviar la factura al contratista de Medicare correcto.

17.10 - La cantidad aprobada ha sido reducida porque el anesthesiólogo dirigió procedimientos médicos concurrentes.

17.11 - Este servicio no se puede pagar según facturado.

17.12 - Este servicio no es cubierto cuando es proporcionado por un terapeuta independiente.

17.13 - Cada año, Medicare aprueba una cantidad límite por servicios de terapia física y patología del lenguaje. Anualmente también aprueba otra cantidad límite por servicios de terapia ocupacional cuando son facturados por proveedores, terapeutas físicos y ocupacionales, médicos y otros practicantes no médicos. La terapia que es médicamente necesaria y que sobrepasa estas cantidades límites está cubierta cuando se recibe en una unidad de hospital ambulatorio o cuando está aprobada por Medicare.

17.14 - Los costos por terapia de mantenimiento no están cubiertos.

17.15 - Este servicio no puede ser pagado si no está certificado por su médico cada (\_\_\_) días.

17.16 - El hospital debe radicar una reclamación por los beneficios de Medicare porque estos servicios fueron prestados en un hospital.

*17.17- Medicare ya pagó una visita inicial por este servicio con este médico, otro médico de su mismo grupo, o un proveedor. Su médico o proveedor debe usar un código distinto para facturar visitas subsiguientes.*

17.18 - En este año (CCYY), (\$) han sido deducidos de la cantidad límite de (\$) por los beneficios de terapia física ambulatoria y de patología del lenguaje hablado.

17.19 - En este año (CCYY), (\$) han sido deducidos de la cantidad límite de (\$) por los beneficios de terapia ocupacional ambulatoria.

## **90.18 - Cuidado Preventivo**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

18.1 - Exámenes rutinarios y servicios relacionados no están cubiertos por Medicare.

18.2 - Esta inmunización y/o servicios preventivos no están cubiertos.

18.3 - Las pruebas de mamografía para mujeres menores de 35 años no están cubiertas.

18.4 - Este servicio se denegó debido a que no han transcurrido (12-24) meses desde su último examen de este tipo.

18.6 - Una mamografía de cernimiento es cubierta una vez solamente para mujeres entre las edades de 35-39.

18.7 - El examen Papanicolau es cubierto una vez cada tres años, a menos de que existan factores de alto riesgo.

18.12 - El examen de mamografía de cernimiento se cubre una vez al año para mujeres de 40 años de edad o más.

18.13 - Este servicio no está cubierto para beneficiarios menores de 50 años de edad.

18.14 - Este servicio está siendo denegado ya que no han transcurrido (12,24,48) meses desde el último (examen/procedimiento) de esta clase.

18.15 - Medicare solamente cubre este procedimiento para beneficiarios con alto riesgo de contraer cáncer en el colon.

18.16 - Este servicio está siendo denegado ya que se ha hecho un pago por un procedimiento similar dentro del término de tiempo establecido.

18.17 - Medicare paga por el examen Papanicolau y/o examen pélvico (incluyendo un examen clínico del pecho) solamente una vez cada tres años, a menos que existan factores de alto riesgo.

18.18 - Medicare no paga por separado estos servicios, ya que el pago estaba incluido en nuestra asignación por otros servicios que usted recibió el mismo día.

18.19 - Este servicio no está cubierto hasta después de que el beneficiario cumpla 50 años.

*18.22 - Este servicio fue denegado porque Medicare solamente cubre un examen inicial de prevención física con un electrocardiograma dentro de los primeros 6 meses que*

*usted tenga cobertura de la Parte B, y sólo si esta cobertura comienza en o después del 1 de enero de 2005.*

*18.23- Usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare por este servicio.*

## **90.20 - Límites En Los Beneficios**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

- 20.1 - Usted ha utilizado todos sus días de beneficios por este periodo.
- 20.2 - Usted ha llegado a su límite de 190 días de servicios psiquiátricos de hospital.
- 20.3 - Usted ha llegado a su límite de 60 días de reserva vitalicia.
- 20.4 - (\_\_\_\_) de los días de beneficios usados fueron cobrados a sus beneficios de días de reserva vitalicia.
- 20.5 - Estos servicios no pueden ser pagados porque sus beneficios se han agotado.
- 20.6 - Los días usados han sido reducidos por el pago del asegurador de grupo primario.
- 20.7 - De sus 190 días por servicios de psiquiatría a los que tiene derecho, le quedan (\_\_\_\_).
- 20.8 - Algunos días han sido reducidos del total de sus días de beneficios como paciente interno para este período de beneficios.
- 20.9 - Los servicios recibidos después de mm/dd/yy no pueden ser pagados porque sus beneficios ya estaban agotados.
- 20.10 - Este servicio fue negado porque Medicare solamente paga hasta 10 horas de entrenamiento en la educación de la diabetes durante el período inicial de 12 meses. Nuestros expedientes indican que usted ya obtuvo 10 horas de entrenamiento.
- 20.11 - Este servicio fue negado porque Medicare solamente paga por 2 horas de continuación del entrenamiento en la educación de la diabetes durante un año. Nuestros expedientes indican que usted ya obtuvo 2 horas de entrenamiento por este año.
- 20.12 Este servicio fue negado porque Medicare sólo cubre este servicio una vez en la vida.*
- 20.13 - Este servicio fue negado porque Medicare solo paga hasta 3 horas por terapia médica nutricional durante un año calendario. Nuestros expedientes indican que usted ya recibió 3 horas de terapia médica nutricional.
- 20.14 - Este servicio fue negado porque Medicare sólo paga 2 horas al año por servicios de seguimiento de la terapia médica nutricional. Nuestros expedientes indican que usted ya recibió 2 horas de servicios de seguimiento en este año.

## **90.21 - Restricciones A La Cobertura**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

- 21.1 - Servicios rendidos por un pariente inmediato o un miembro de la misma casa o familia no están cubiertos.
- 21.2 - El proveedor de estos servicios no es elegible para recibir pagos de Medicare.
- 21.3 - Este proveedor no estaba cubierto por Medicare cuando usted recibió los servicios.
- 21.4 - Servicios rendidos fuera de los Estados Unidos no son cubiertos. Consulte su Manual de Medicare para servicios recibidos en Canadá y Méjico.
- 21.5 - Servicios necesitados como consecuencia de una guerra no están cubiertos.
- 21.6 - Este servicio no está cubierto cuando es rendido, referido u ordenado por este proveedor.
- 21.7 - Este servicio debe ser incluido en su factura de paciente interno.
- 21.8 - Servicios rendidos usando equipo que no es aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas no son cubiertos.
- 21.9 - Medicare no paga por servicios no autorizados fuera del plan de cuidado de la salud.
- 21.10 - Un asistente cirujano no está cubierto por este servicio y/o fecha del servicio.
- 21.11 - Este servicio no estaba cubierto por Medicare cuando usted lo recibió.
- 21.12 - Este servicio de hospital no fue cubierto porque el médico de cabecera no era elegible para recibir beneficios de Medicare cuando los servicios fueron prestados.
- 21.13 - Esta cirugía no está cubierta porque el médico no era elegible para recibir beneficios de Medicare cuando los servicios fueron prestados.
- 21.14 - Medicare no puede pagar por este artefacto experimental porque la Organización para la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA) no ha iniciado el periodo clínico de prueba.
- 21.15 - Medicare no puede pagar por este artefacto experimental porque la Organización para la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA) ha terminado el período clínico de prueba.
- 21.16 - Medicare no paga por este artefacto experimental.
- 21.17 - Su Proveedor sometió cargos no cubiertos por los cuales usted es responsable.
- 21.18 - Este servicio no está cubierto cuando es ordenado o rendido por este proveedor.
- 21.19 - El proveedor decidió renunciar al programa de Medicare. Ningún pago se puede hacer por este servicio. Usted es responsable por este cargo. Bajo la ley Federal, su médico no puede cobrarle más de la cantidad limitada establecida.
- 21.20 - El proveedor decidió renunciar al programa de Medicare. Ningún pago se puede hacer por este servicio. Usted es responsable por este cargo.
- 21.21 - Este servicio fue denegado porque Medicare solamente lo cubre bajo ciertas circunstancias.

21.22 - Medicare no paga por este servicio debido a que se considera de investigación y/o experimental en estas circunstancias.

*21.23 - Su reclamación se denegó porque el proveedor anotó en la reclamación "ha fallecido hace más de 15 meses".*

*21.24- Este servicio no está cubierto para pacientes mayores de 60 años.*

## **90.25 - Tiempo Limite De Enviar La Reclamación**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

25.1 - Esta reclamación fue denegada debido a que fue sometida después del tiempo límite.

25.2 - A usted solamente se le puede facturar el 20 por ciento del costo total que hubiese sido aprobado.

*25.3- El límite de tiempo para someter su reclamación ha expirado; por lo tanto, los derechos de apelación no se aplican a esta reclamación.*

## **90.27 - Hospicio**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

27.1 - Este servicio no es cubierto debido que usted está registrado(a) en un hospicio.

27.2 - Medicare no pagar por el cuidado temporero de paciente interno cuando excede 5 días consecutivos por cada ocasión.

27.3 - La certificación del médico solicitando servicios de hospicio no se recibió a tiempo.

27.4 - La documentación recibida indica que los servicios generales de paciente interno no estaban relacionados a la enfermedad terminal. Por lo tanto, el pago va a ser ajustado a la tarifa de cuidado rutinario en el hogar.

27.5 - El pago por el día que le dieron de alta del hospital se hará a la agencia de hospicio a la tarifa de cuidado rutinario en el hogar.

27.6 - La documentación indica que el nivel de cuidado era al nivel de cuidado temporero, no al nivel general de cuidado como paciente interno. Por lo tanto, el pago de Medicare va a ser ajustado a la tarifa de cuidado rutinario en el hogar.

27.7 - De acuerdo con los requisitos de hospicio de Medicare, el consentimiento para la elección del hospicio no fue firmado a tiempo.

27.8 - La documentación sometida no apoya que su enfermedad sea terminal.

27.9 - La documentación indica que su nivel de cuidado como paciente interno no fue razonable ni necesario. Por lo tanto, el pago va a ser ajustado a la tarifa de cuidado rutinario en el hogar.



27.10 - La documentación indica que el nivel de cuidado continuo no fue razonable ni necesario. Por lo tanto, el pago va a ser ajustado a la tarifa de cuidado rutinario en el hogar.

27.11 - El proveedor facturó por error por los artículos de cuidado rutinario en el hogar o por los servicios recibidos.

*27.12- La documentación indica que su nivel de cuidado temporero excedió 5 días consecutivos. Por lo tanto, el pago por cada día después del quinto (5) día será ajustado a la tarifa de cuidado rutinario en el hogar.*

27.13 - Según requisitos de hospicio de Medicare este servicio no se cubre debido a que el servicio fue proporcionado por un médico no primario.

## **90.29 - MSP**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

29.1 - No se pueden hacer pagos secundarios debido a que la información de su asegurador primario fue omitida o incompleta.

29.2 - No se hizo ningún pago debido a que la cantidad que su asegurador primario pagó, cubrió la cuenta del proveedor.

29.3 - Los beneficios de Medicare fueron reducidos porque algunos de estos gastos fueron pagados por su asegurador primario.

29.4 - En el futuro, si usted envía reclamaciones a Medicare para pagos secundarios, favor de enviarlas a: (dirección contratista MSP).

29.5 - Nuestros archivos indican que Medicare es su asegurador secundario. Esta reclamación deberá ser enviada a su asegurador primario. (Note: Use "Add-on" message as appropriate).

29.6 - Nuestros archivos indican que Medicare es su asegurador secundario. Servicios prestados fuera de su plan de salud no son cubiertos. Medicare pagará esta vez solamente porque usted no fue notificado previamente.

29.7 - Medicare no puede pagar por este servicio, pues lo realizó un proveedor que no es miembro de su plan patronal prepagado de salud. Nuestros archivos indican que a usted se le informó sobre esta regla.

29.8 - Esta reclamación fue denegada debido a que el servicio puede ser cubierto por el plan de compensación del trabajador. Solicite a su proveedor que envíe esta reclamación a ese seguro.

29.9 - Ya que los beneficios de su seguro primario han sido agotados, Medicare será su asegurador primario en este servicio que está relacionado con el accidente.

29.10 - Estos servicios no se pueden pagar porque usted los recibió en o antes de recibir un pago del seguro de responsabilidad pública por esta lesión o enfermedad.

29.11 - Nuestros archivos indican que un plan de seguro de automóviles o un seguro de otro tipo son primarios para este servicio. Envíe esta reclamación a su asegurador primario. (Note: Use “Add-on” message as appropriate.)

29.12 - Nuestros archivos indican que estos servicios pueden estar cubiertos bajo el programa Federal del Pulmón Negro (Black Lung). Comuníquese con el Labor Department, Federal Black Lung Program, P.O. Box 828, Lanham-Seabrook, MD 20703-0828. (Note: Use “Add-on” message as appropriate.)

29.13- Medicare no pagará estos servicios debido a que pueden ser pagados por otra agencia gubernamental. Envíe esta reclamación a esa agencia. (Note: Use “Add-on” message as appropriate.)

29.14 - El pago secundario de Medicare es (\$\_\_\_\_\_). Esta es la diferencia entre la cantidad aprobada de (\$\_\_\_\_\_ ) por el asegurador primario y la cantidad pagada de (\$\_\_\_\_\_ ) por el asegurador primario.

29.15 - El pago secundario de Medicare es (\$\_\_\_\_\_). Esta es la diferencia entre la cantidad aprobada por el Medicare de (\$\_\_\_\_\_ ) y la cantidad pagada por asegurador primario de (\$\_\_\_\_\_).

29.16 - Su asegurador primario aprobó y pagó (\$\_\_\_\_\_ ) en esta reclamación. Por lo tanto no habrá pago secundario por el Medicare.

29.17 - Su proveedor accedió a aceptar (\$\_\_\_\_\_ ) como pago completo en esta reclamación. Su asegurador primario ya ha pagado (\$\_\_\_\_\_ ) por lo que el pago de Medicare es la diferencia entre las dos cantidades.

29.18 - La cantidad bajo la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó al proveedor. Si su asegurador primario le pagó a usted, entonces usted tiene la responsabilidad de pagarle al proveedor la cantidad que su asegurador primario le pagó a usted más la cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado.

29.19 - La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó a usted. Si su asegurador primario le pagó al proveedor, entonces usted solamente tiene que pagarle al proveedor la diferencia entre la cantidad cobrada y la cantidad que el asegurador primario pagó.

29.20 - La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó a usted. Si su asegurador primario le pagó a su proveedor, entonces usted solamente tiene que pagarle al proveedor la diferencia entre la cantidad que el proveedor acordó aceptar y la cantidad que su asegurador primario pagó.

29.21 - La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario no pagó por este servicio. Si su asegurador primario pago por este servicio, la cantidad que a usted le pueden facturar es la diferencia entre la cantidad cobrada y el pago del asegurador primario.

29.22 - La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó a usted. Si su asegurador primario le pagó al proveedor, entonces usted solamente necesita pagarle al proveedor la diferencia entre la cantidad que el proveedor puede cobrar legalmente y la cantidad que su asegurador primario pagó. Vea la nota (\_\_\_) para ver el límite de cargo legal.

- 29.23 - No se puede hacer un pago porque ya fue hecho o por la compensación de trabajadores o por el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera.
- 29.24 - No se puede hacer un pago porque ya fue hecho por otra entidad gubernamental.
- 29.25 - Medicare pagó todos los servicios cubiertos no pagados por otro asegurador.
- 29.26 - El pagador primario es \_\_\_\_\_.
- 29.27 - El pago de su grupo primario ha cumplido con el deducible y coaseguro de Medicare.
- 29.28 - Su responsabilidad en esta reclamación ha sido reducida por la cantidad pagada por su asegurador primario.
- 29.29 - Su proveedor está autorizado a cobrar un total de (\$\_\_\_\_\_) en esta reclamación. Su asegurador primario pagó (\$\_\_\_\_\_) y el Medicare pagó (\$\_\_\_\_\_). Usted. es responsable por la porción restante de (\$\_\_\_\_\_).
- 29.30 - (\$\_\_\_\_\_) del dinero aprobado por su asegurador primario ha sido acreditado a su deducible de Medicare Parte B (A). Usted. no tiene que pagar esta cantidad.
- 29.31 - Favor de enviar la reclamación con la información omitida o incorrecta.
- 29.32 - El pago secundario de Medicare es de (\$\_\_\_\_\_). Ésta es la diferencia entre la cantidad límite aprobada por Medicare de (\$\_\_\_\_\_ ) y la cantidad pagada por el asegurador primario de (\$\_\_\_\_\_).
- 29.33 - Su reclamación ha sido denegada por Medicare porque usted podría sacar dinero de su convenio/acuerdo para pagar por sus futuros gastos médicos y su tratamiento con medicinas recetadas relacionadas a su lesión(es).*

### **90.36 - Reclamaciones Cuando Se Acepta Asignación**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

- 36.1 - Nuestros archivos indican que usted fue informado por escrito, antes de recibir el servicio, que Medicare no pagaría. Usted es responsable por esta cantidad. Si usted no está de acuerdo, usted puede pedir una revisión.
- 36.2 - Aparentemente, usted no sabía que nosotros no pagamos por este servicio, por lo tanto usted no es responsable. Si usted le pagó al proveedor por este servicio debe enviarnos lo siguiente: (1) Copia de esta notificación; (2) Factura del proveedor; (3) El recibo o prueba de que usted le pagó. Debe enviar su petición por escrito dentro de 6 meses de la fecha de esta notificación. Servicios de este tipo prestados en el futuro serán su responsabilidad.
- 36.3 - Su proveedor ha sido notificado de su derecho a un reembolso si pagó por este servicio. Si usted no recibe un reembolso de este proveedor dentro de 30 días desde el recibo de esta notificación, favor de escribir a nuestra oficina incluyendo copia de esta notificación. Su proveedor tiene el derecho de apelar esta decisión, la cual podría cambiar su derecho al reembolso.

36.4 - Este pago reembolsa la cantidad total que usted le pagó a su proveedor por (los) servicios previamente procesados y denegados. Usted tiene derecho a este reembolso porque su proveedor no le informó por escrito antes de prestarle el servicio(s) que Medicare no pagaría por el (los) servicio(s) denegado(s). En el futuro, usted tendrá que pagar por este servicio cuando sea denegado.

36.5 - Este pago le reembolsa a usted la cantidad total a la que usted tiene derecho por servicios previamente procesados y reducidos. Usted tiene derecho a este reembolso porque su proveedor no le informó por escrito antes de prestarle el servicio que Medicare aprobaría una cantidad menor. En el futuro, usted tendrá que pagar la cantidad total facturada cuando sea reducida.

36.6 - Medicare está pagando esta reclamación, solamente esta vez porque parece que ni usted, ni su proveedor, sabían que los servicios iban a ser denegados. En el futuro, pagos por este tipo de servicio serán su responsabilidad.

*36.7- Este código es para propósitos informativos solamente. A usted no se le debió haber cobrado por este código. Si hay un costo, usted no tiene que pagar esta cantidad.*

## **90.38 - Sección De Información General**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

38.3 - Si usted cambia de dirección, por favor comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

38.4 - Usted está en alto riesgo para complicaciones de la influenza y es muy importante que usted se vacune. Favor de comunicarse con su proveedor del cuidado de la salud para la vacuna contra la influenza.

38.5 - Si usted no ha recibido su vacuna contra la influenza no es demasiado tarde. Favor de comunicarse con su proveedor del cuidado de la salud sobre recibir la vacuna contra la influenza.

38.6 - El cáncer colorectal es el segundo cáncer principal que ataca en los E.E.U.U. Sin embargo, pruebas de investigación pueden encontrar pólipos antes de que lleguen a ser cancerosos. También pueden encontrar el cáncer temprano cuando el tratamiento trabaja lo mejor posible. Medicare ayuda a pagar por pruebas de investigación. Comuníquese con su doctor sobre las opciones de pruebas de investigación que son apropiadas para usted.

38.7 - Medicare cubre las pruebas de investigación del cáncer colorectal que pueden encontrar pólipos precancerosos en el colon y recto. Los pólipos pueden ser removidos antes de que sean cancerosos. Comuníquese con su doctor sobre hacerse la prueba.

38.8 - Enero es el mes de la prevención del cáncer cervical.

38.9 - La prueba de papanicolao (o prueba pap) es la manera más efectiva de examinar el cáncer cervical.

38.10 - Compare los servicios que usted recibe con los que aparecen en su Resumen de Medicare. Si tiene preguntas, llame a su doctor o proveedor. Si usted cree que se necesita investigar más debido a un posible fraude o abuso, llame al teléfono que aparece en la sección Información de Servicios al Cliente.

*38.11- Enero es el mes de la prevención del cáncer cervical. La prueba de papanicolao (o prueba pap) es la manera más efectiva de examinar el cáncer cervical. Medicare ayuda a pagar por la prueba de papanicolao (o prueba pap) una vez cada dos años. Para más información sobre el examen papanicolao, llame a su agencia de seguros Medicare.*

38.12 – Su médico participa en el Programa de Adquisición Competitiva para las medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare (CAP, por sus siglas en inglés). Las medicinas que usted recibió en la oficina de su médico fueron provistas por un suplidor autorizado del CAP. Usted recibirá dos Resúmenes de Medicare por separado. Este Resumen es de la empresa de seguros Medicare que procesa las reclamaciones de sus medicinas provistas por el suplidor autorizado del CAP. Usted recibirá otro Resumen de la empresa de seguros Medicare que procesa las reclamaciones de su médico, por el suministro de sus medicinas. Si usted apela la decisión de esta reclamación del suplidor de medicinas, debe enviar la apelación a la empresa de seguros Medicare que se menciona en el Resumen de la reclamación de su médico y no a la dirección que aparece en este Resumen.

38.13 - Si Medicare no le debe un pago por cheque, sus Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) serán enviados por correo cada tres meses. Usted no recibirá un resumen mensual en su correo si Medicare no le debe un pago por cheque. De ahora en adelante, usted recibirá un aviso como éste (que no incluye pago por cheque) cada 90 días resumiendo todas sus reclamaciones de Medicare. Usted puede recibir una factura de su proveedor antes de que reciba un aviso de MSN. Compare el MSN con la factura que le envió su proveedor para asegurarse de que pagó la cantidad correcta por sus servicios.

*38.18 - ALERTA: La cobertura de Medicare estará limitada para los servicios de terapia física ambulatoria (PT, por sus siglas en inglés), terapia de patología del habla (SLP, por sus siglas en inglés), y terapia ocupacional (OT) si son recibidos entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007. Estos límites son \$1,740 en 2006 y \$1780 en 2007 para PT y SLP combinados y \$1,740 en 2006 y \$1780 en 2007 para OT. Medicare paga hasta 80 por ciento de los límites después que se haya pagado el deducible. Estos límites no se aplican a cierta terapia aprobada por Medicare ni a terapia que usted obtenga en los departamentos de hospital para paciente ambulatorio, a menos que usted sea un residente y ocupe una cama certificada por Medicare en un centro de enfermería especializada. Si tiene preguntas, por favor llame GRATIS al 1-800-MEDICARE.*

*Usted tiene derecho a solicitar una declaración detallada la cual especifica cada ítem o servicio que recibió de su médico, hospital, o de cualquier otro suplidor de servicios de*

*salud o de profesional de la salud. Por favor, comuníquese con ellos directamente por escrito si desea recibir una declaración detallada.*

### **90.39 - Spanish Add-on Messages**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

9.3 - Por favor solicite a su proveedor que nos envíe una nueva reclamación completa.

9.7 - Le hemos pedido a su proveedor que envíe la reclamación con la información omitida o incorrecta.

15.16 - Su reclamación fue revisada por nuestro personal médico.

15.17 - Hemos aprobado este servicio con un índice de pago reducido.

16.34 - Usted no debería ser facturado por este servicio. Usted no tiene que pagar esta cantidad.

16.35 - Usted no tiene que pagar esta cantidad.

16.36 - Si usted ya lo ha pagado, tiene derecho a un reembolso de su proveedor.

16.37 - Por favor vea al dorso de esta notificación.

16.45 - Usted no puede ser facturado separadamente por este artículo o servicio. Usted no tiene que pagar esta cantidad.

25.2 - A usted solamente se le puede facturar el 20 por ciento del costo total que hubiese sido aprobado.

29.26 - El pagador primario es \_\_\_\_\_.

35.7 - Por favor no someta esta notificación a ellos.

29.31- Favor de enviar la reclamación con la información omitida o incorrecta.

### **90.40 - Spanish Mandated Messages**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*

*14.7 - Este servicio es pagado al 100% de la cantidad aprobada por Medicare.*

*16.11- El pago fue reducido por enviar la reclamación tarde. A usted no le pueden cobrar esta reducción.*

*16.12- Servicios de salud mental como paciente externo se pagan al 50% del costo aprobado.*

*16.33- Su pago incluye intereses debido a que Medicare excedió el tiempo límite para procesar la reclamación.*

*20.4 - ( ) de los días de beneficios usados fueron cobrados a sus beneficios de días de reserva vitalicia.*

22.1 -Su reclamación fue separada para ser procesada. Los servicios restantes pueden aparecer en una notificación aparte.

29.14- El pago secundario de Medicare es (\$). Esta es la diferencia entre la cantidad aprobada de (\$) por el asegurador primario y la cantidad pagada de (\$) por el asegurador primario.

29.15-El pago secundario de Medicare es (\$). Esta es la diferencia entre la cantidad aprobada por el Medicare de (\$) y la cantidad pagada por asegurador primario de (\$).

29.16-Su asegurador primario aprobó y pagó (\$) en esta (reclamación/servicio). Por lo tanto no habrá pago secundario por el Medicare.

29.17-Su proveedor accedió a aceptar (\$) como pago completo en esta (reclamación/servicio). Su asegurador primario ya ha pagado (\$) por lo que el pago de Medicare es la diferencia entre las dos cantidades.

29.18-La cantidad bajo la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó al proveedor. Si su asegurador primario le pagó a usted, entonces usted tiene la responsabilidad de pagarle al proveedor la cantidad que su asegurador primario le pagó a usted más la cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado.

29.19-La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó a usted. Si su asegurador primario le pagó al proveedor, entonces usted solamente tiene que pagarle al proveedor la diferencia entre la cantidad cobrada y la cantidad que el asegurador primario pagó.

29.20-La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó a usted. Si su asegurador primario le pagó a su proveedor, entonces usted solamente tiene que pagarle al proveedor la diferencia entre la cantidad que el proveedor acordó aceptar y la cantidad que su asegurador primario pagó.

29.21-La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario no pagó por este servicio. Si su asegurador primario pago por este servicio, la cantidad que a usted le pueden facturar es la diferencia entre la cantidad cobrada y el pago del asegurador primario.

29.22-La cantidad que aparece en la columna Podría Ser Facturado asume que su asegurador primario le pagó a usted. Si su asegurador primario le pagó al proveedor, entonces usted solamente necesita pagarle al proveedor la diferencia entre la cantidad que el proveedor puede cobrar legalmente y la cantidad que su asegurador primario pagó. Vea la nota ( ) para ver el límite de cargo legal.

29.32-El pago secundario de Medicare es de (\$). Ésta es la diferencia entre la cantidad límite aprobada por Medicare de (\$) y la cantidad pagada por el asegurador primario de (\$).

30.3 -Su médico no aceptó la asignación por este servicio. Bajo la Ley Federal, su médico no puede cobrarle más de \$ . Si usted pagó más de esta cantidad, usted tiene derecho a un reembolso de su proveedor.

34.3 -Después de aplicar los reglamentos de Medicare y la cantidad que usted le pagó al proveedor cuando los servicios fueron prestados, nuestros archivos indican que usted tiene derecho a un reembolso. Favor de comunicarse con su proveedor.

31.11-La notificación que enviamos previamente indicó que su médico no puede cobrar más de \$\_\_\_\_\_. Este pago adicional permite que su médico le facture a usted la cantidad completa cargada.

31.12-La notificación previamente enviada indicó la cantidad que a usted le pueden cobrar por este servicio. Este pago adicional cambió esa cantidad. Su médico no le puede cobrar más de \$\_\_\_\_\_.

31.13- La cantidad pagada por Medicare ha sido reducida por ( \$ ) previamente pagado por esta reclamación.

32.1- ( \$ ) de este pago ha sido retenido para recuperar un sobrepago anterior.

34.1 -Del total de ( \$ ) pagados en esta reclamación, nosotros le estamos pagando a usted. ( \$ ) porque usted le pagó a su proveedor más del 20 por ciento del coaseguro de los servicios aprobados por Medicare. La cantidad restante ( \$ ), fue pagada al proveedor.

34.2 -La cantidad en la columna Podría Ser Facturado ha sido reducida por la cantidad que usted le pagó al proveedor, cuando los servicios fueron prestados.

34.3 -Después de aplicar los reglamentos de Medicare y la cantidad que usted le pagó al proveedor cuando los servicios fueron prestados, nuestros archivos indican que usted tiene derecho a un reembolso. Favor de comunicarse con su proveedor.

34.8 -La cantidad que usted le pagó al proveedor por esta reclamación es mayor que la cantidad requerida. Usted deberá recibir un reembolso de \$XX de su proveedor, la cual es la diferencia entre la cantidad que usted pagó y la que debió haber pagado.

37.1 - La cantidad aprobada ha sido aplicada a su deducible.

37.2 - Una parte de esta cantidad aprobada ha sido aplicada a su deducible.

37.3 - ( ) fue aplicado a su deducible de hospital.

37.9 - Usted ha cumplido con ( \$ ) de sus ( \$ ) del deducible de la Parte B para (año).

37.10-Usted ha cumplido con ( \$ ) de sus ( \$ ) del deducible de la Parte A cubiertos por este periodo de beneficios.

37.11- Usted ha cumplido con el deducible de la Parte B para (año).

37.12- Usted ha cumplido con el deducible de la Parte A por este periodo de beneficios.

37.13- Usted ha cumplido con el deducible de sangre para (año).

37.14- Usted ha cumplido con \_\_\_\_\_ pinta(s) de su deducible de sangre.

## **90. 120 - Proyecto Especial (Demostraciones)**

*(Rev. 1380; Issued: 11-23-07; Effective: 01-01-08; Implementation: 01-07-08)*



60.1 - (Name of Hospital) en cooperación con médicos en su área, están participando en una demostración de Medicare el cual utiliza un método de pago simplificado que combina todos los hospitales y médicos relacionados a sus servicios de hospital.

Este pago sencillo va a hacer el proceso de facturación más fácil mientras que mantiene el costo más bajo o al mismo nivel de como era bajo el sistema tradicional de pago.

60.2 - La cantidad total que Medicare aprobó por sus servicios de hospital es de (\$\_\_\_\_\_). (\$\_\_\_\_\_ ) es la cantidad de Medicare Parte A por sus servicios de hospital y (\$\_\_\_\_\_ ) es la cantidad de Medicare Parte B por sus servicios médicos (de los cuales Medicare paga el 80%). Usted es responsable por cualquier deducible y coaseguro presentado más abajo.

60.3 - Medicare pagó (\$\_\_\_\_\_ ) por servicios de hospital y por servicios médicos. Su deducible de la Parte A es (\$\_\_\_\_\_). Su coaseguro de la Parte A es (\$\_\_\_\_\_). Su coaseguro de la Parte B es (\$\_\_\_\_\_). Su deducible de la Parte A para sangre es (\$\_\_\_\_\_).

60.4 - Esta reclamación está siendo procesada bajo un proyecto especial.

60.5 - Esta reclamación se está procesando bajo el proyecto de demostración. Si usted desea más información sobre este proyecto, favor de llamar al 1-888-289-0710.

60.6 - Una reclamación de reembolso ha sido sometida en su nombre indicando que usted está participando en el Proyecto de Prueba de Cuidado de Salud Coordinado de Medicare. Sin embargo, nuestros archivos indican que usted no está afiliado al presente o su afiliación todavía no ha sido aprobada para participar en este proyecto de prueba.

60.7 - Una reclamación de reembolso ha sido sometida en su nombre indicado que usted está participando en el Proyecto de Prueba de Cuidado de Salud Coordinado de Medicare. Sin embargo, nuestros archivos indican que usted o decidió terminar su participación en el proyecto de prueba o los días de servicios están excluidos de los días de participación del proyecto de prueba.

60.8 - La cantidad aprobada está basada en lo máximo permitido para este artículo bajo el proyecto de Equipo Médico Duradero Protésico, Ortótico y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés).

60.9 - Nuestros expedientes indican que este paciente empezó el uso de este servicio(s) antes de la ronda actual de Equipo Médico Duradero Protésico, Ortótico y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés). Por lo tanto, la cantidad aprobada está basada en la autorización que estaba en efecto antes de la ronda actual para este artículo.

60.10 - Aunque este servicio está siendo pagado de acuerdo con las reglas y normas bajo el proyecto de Equipo Médico Duradero Protésico, Ortótico y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés), reclamaciones futuras pueden ser denegadas cuando este artículo es suministrado al paciente por un proveedor que no participa en la demostración. Si usted desea más información referente a este proyecto, puede llamar al 1-888-289-0710.

60.11 - Este pago está siendo retirado debido a que los servicios proporcionados están cubiertos bajo el proyecto de demostración en que el hospital recibe el pago para todos los servicios médicos y del hospital relacionados a esta admisión. El proveedor debe

procurar el reembolso directamente del hospital en donde el cuidado fue proporcionado. Cualquier deducible o coaseguro pagado por usted o su asegurador suplementario para estos servicios debería ser devuelto por su proveedor.

*60.12- Su copago bajo este estudio es la cantidad que sea menor entre el 20% de la cantidad aprobada por Medicare o el 20% de la cantidad aprobada por su tarjeta de descuento para recetas médicas.*

*60.13- Esta reclamación está siendo procesada bajo un proyecto de demostración. Los servicios no pueden ser cubiertos porque usted no vive en una de las áreas de la demostración.*

*60.14 - Esta reclamación está siendo procesada bajo un proyecto de demostración. Los servicios no pueden estar cubiertos porque su médico no tiene una oficina en una de las áreas de la demostración.*

*60.15 - Comenzando el 1 de abril de 2005 hasta el 31 de marzo de 2007, Medicare cubrirá más servicios quiroprácticos. Para más información, comuníquese con su quiropráctico, llame al 1-800-MEDICARE o visite el sitio de Internet <http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/eccs/default.asp>.*