

Revisado el 1 de febrero de 2012.

CGS

Guía de Negación de ANSI

Esta herramienta ha sido desarrollada para darle a la comunidad de Proveedores una guía de como manejar las denegaciones de las reclamaciones de manera más eficiente. Esta herramienta no incluye todos los escenarios posibles, pero sí los más comunes. Se recomienda sin embargo a los Proveedores que revisen todos los detalles de la denegación y respondan como corresponde.

| Código | Comentario | Significado | Que buscar | Que hacer |
|--------|------------|--|--|--|
| 4 | | El código de procedimiento no corresponde al modificador usado, ó el modificador no está presente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revise el modificador que debe usar para cada categoría de pago. 2. Si la facturación por ítems rentados comienza antes de 01/01/06 ó es por bombas enterales o parenterales, se necesita modificador para la opción de renta/compra? 3. Se hizo la facturación con el Modificador EY y hay alguna línea que no lo tenga? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Corrija y re-envíe la reclamación 2. Para ítems en renta antes de 01/01/06, o para bombas enterales y parenterales, el pago no puede hacerse pasado el mes 11, sin indicar si el beneficiario decidió comprar o rentar el equipo. Re-envíe la reclamación con el modificador adecuado de acuerdo a esa decisión 3. Si una línea contiene el modificador EY, todas las otras líneas deben tenerlo. Si usted necesita facturar algunas líneas sin el modificador EY, envíe una reclamación por separado |
| 16 | M51 | Código de Procedimiento no está, está incompleto ó no es válido. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revise la fecha de efectividad del código que está usando para facturar. 2. Este código requiere un modificador? Revise la LCD correspondiente http://www.cgsmedicare.com. | Corrija y re-envíe la reclamación. |
| 50 | N115 | Denegado por NO Necesidad Médica, basados en la LCD. | Revise la LCD y el Artículo correspondiente <hr/> Requiere CMN ó DIF? <hr/> Requiere Modificador KX? <hr/> De acuerdo a la LCD se requiere un ICD-9 específico? <hr/> Se recibió la nota de evolución? | Si no envió el CMN/DIF con la reclamación, envíelo junto con la solicitud de Reapertura <hr/> Si envió el CMN/DIF con la reclamación solicite una redeterminación <hr/> Si omitió el modificador KX por error, solicite una redeterminación para añadir, cambiar ó remover el KX, (lo mismo para GA, GZ y GY) Incluya toda la documentación necesaria <hr/> Si cometió un error pequeño (fecha, código de diagnóstico) solicite una re apertura <hr/> Si recibió una nota de evolución pero no ha respondido, envíe la documentación requerida a Redeterminaciones |



| Código | Comentario | Significado | Que buscar | Que hacer |
|--------|------------|---|---|---|
| 50 | N102 | No hay respuesta a la nota de evolución. | Documentación Adicional, se envió una carta solicitando documentación específica. | Envíe la documentación requerida a Redeterminaciones. |
| 107 | | Supplies and/or accessories are not covered if the equipment is denied. | Was main piece of equipment denied or returned as unprocessable? | Determine why main equipment was denied and correct as needed. Once the main equipment is corrected, resubmit supplies/accessories as a new claim. |
| 109 | | La Reclamación no está cubierta por este pagador ó contratista. | <ol style="list-style-type: none"> Revise la elegibilidad por el IVR para verificar que no esté con un plan Medicare Advantage. Debe ser procesada por otro Contratista de Medicare? Se envió la reclamación a la Jurisdicción correcta de acuerdo a la dirección del paciente? | <ol style="list-style-type: none"> Si la denegación fué por un plan advantage de Medicare, envíe la reclamación a ese plan. Revise si el código HCPCS que está facturando, debe facturarse al local ó al A/B MAC, revise la lista actualizada de la Jurisdicción en http://www.cms.hhs.gov/center/dme.asp. Verifique que el Beneficiario vive en la Jurisdicción C, Recuerde que las reclamaciones deben enviarse a la jurisdicción en la que vive el Beneficiario para la fecha de facturación, no para la fecha de servicio. Para mayor información acerca de las denegaciones 109 por el lugar en donde vive el paciente, vaya a la sección de FAQ's generales en http://www.cgsmedicare.com. |
| 109 | MA101 | Nuestros records indican que el beneficiario estaba en un SNF (centro de enfermería especializada) para la fecha de servicio facturada. | <ol style="list-style-type: none"> Llame al Servicio de Voz (IVR) y confirme las fechas de ingreso y alta de la institución. Revise el Capítulo 6 del manual del Proveedor DMEMAC Jurisdicción C para mayor información acerca de como facturar cuando el paciente está en una institución cubierta por la Parte A. | <ol style="list-style-type: none"> Si el paciente está en un SNF será cubierto por la Parte A. Si el paciente está en un SNF pero NO está cubierto por la Parte A, solicite una redeterminación. |
| 150 | M3 | Equipo igual ó similar. | <ol style="list-style-type: none"> El beneficiario ha tenido este equipo antes? Ó alguno similar? Si ha tenido un equipo igual ó similar a este, ha habido alguna interrupción en la necesidad médica? Ha tenido el equipo igual ó similar por menos de 5 años? | <ol style="list-style-type: none"> Solicite una Redeterminación con la documentación que demuestre la interrupción de la necesidad médica. Si el equipo igual ó similar tiene menos de 5 años, no se autorizará el pago de uno nuevo Si se perdió, se dañó y no puede repararse ó se lo robaron, solicite una Redeterminación con la documentación de prueba. |
| 151 | | La Documentación no respalda este nivel de servicio. | Revise la LCD para verificar los máximos autorizados. | Solicite una Redeterminación enviando los documentos que respalden el uso de las unidades adicionales. |
| 151 | N362 | Editado como Medicamento Improbable. | <ol style="list-style-type: none"> Revise los plazos de facturación. Revise las unidades facturadas. | Si el número de unidades ó el plazo de facturación tienen un error de digitación solicite una Reapertura. Si no es así envíe una redeterminación con la documentación que respalde la necesidad médica de las unidades despachadas. Para más información acerca de "Medicamento Improbable" (MUE) visite la página Web de CMS http://www.cms.hhs.gov . |
| 176 | | La prescripción o el Certificado de Necesidad Médica (CMN) no estaba vigente ó en efecto para esa fecha de servicio. | <ol style="list-style-type: none"> El beneficiario ha tenido este equipo antes? Ó alguno similar? Ha habido alguna interrupción en la Necesidad Médica? Se han pagado ya los 13/15 meses? Para mayor información acerca de este código visite la sección de FAQ Generales en nuestro sitio web http://www.cgsmedicare.com. | <ol style="list-style-type: none"> Envíe una nueva reclamación y solicite extensión del CMN. Si la documentación respalda la interrupción de la necesidad médica, reenvíe la reclamación describiendo la razón. Si los 13/15 meses no se han facturado y pagado, re envíe como una nueva reclamación pidiendo extensión del CMN. |
| 182 | N56 | El modificador que indica que mes de renta está facturando, no concuerda con lo que tenemos en archivo. | Verifique cual es el mes de renta que debe facturar. El código HCPCS tiene el modificador correcto? Use KH para el Primer mes de Renta, KI para el segundo y el tercer mes de renta y KJ a partir del mes 4 al 13. | Re envíe la reclamación con el modificador correcto, para indicar cual es el mes de renta que está facturando. |
| A1 | N370 | La reclamación ha sido denegada. La facturación excede los meses de renta cubiertos/aprobados por el pagador. | Cuantos meses de renta ha facturado? Verifique si el mismo equipo ha sido facturado por otro proveedor. Ha habido interrupción de la necesidad médica? | Para las rentas de Oxígeno a partir del 01/01/06, el equipo estará cubierto después del pago de los 36 meses. No se pagarán meses adicionales Si usted cree que puede haber un nuevo periodo de renta, solicite una reapertura con la documentación apropiada. |