

Kentucky Medical Assistance Program

NDC Detail Attachment

This form is a required attachment for any Kentucky Medicaid paper claim billed using a drug HCPCS code with a required NDC

Provider Name _____ Provider Number _____

Member Name _____ Member ID Number _____ Dates of Service _____

CLAIM LINE	NDC	UNITS	BASIS OF MEASUREMENT								UNIT PRICE	FOR EDS USE
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX			
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	1	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	2	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	3	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	4	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	5	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	6	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	7	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	8	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	9	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	10	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	11	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	12	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	13	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	14	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	15	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	16	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	17	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	18	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	19	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	20	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	21	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	22	
			GR	ML	UN	F2	VI	SY	XX	\$	23	

Please fill in :

- The corresponding line number from the claim form
- National Drug Code
- The actual quantity (units) given to the patient (not required for submissions on the UB04)
- Circle the appropriate basis of measurement (not required for submissions on the UB04)
- The unit price (not required for submissions on the UB04)

Legend:

- GR – Gram
- ML – Milliliter
- UN – Unit
- F2 – International Unit
- VI – Vial
- SY – Syringe
- XX – Other (i.e. Micrograms)