

# 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	V1	SY	XX		
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	1
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	2
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	3
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	4
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	5
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	6
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	7
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	8
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	9
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	10
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	11
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	12
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	13
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	14
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	15
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	16
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	17
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	18
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	19
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	20
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	21
			GR	ML	UN	F2	V1	SY	XX	\$	22
			GR	ML	UN	F2	V1	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
- Circle the appropriate basis of measurement
- The unit price

Legend:

GR – Gram                      SY - syringe  
 ML - Milliliter              XX – Other (i.e Micrograms)  
 UN - Unit  
 F2 – International Unit  
 V1 - Vial