



— AGOSTO 2024 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Revisiones de las LCD y los Artículos de la Política

Inmunoglobulina Intravenosa

- Artículo de la Política: se agregaron las guías de facturación del ALYGLO (*immune globulin intravenous, human-stwk*) efectivas para las fechas de servicio de diciembre 15, 2023 y posteriores.

Prótesis de Extremidad Inferior

- Determinación de Cobertura Local o LCD:
 - Revisado: criterios de cobertura para el sistema de tobillo pie controlado con microprocesador, pie de almacenamiento de energía, pie de respuesta dinámica con tobillo multiaxial, sistema de pie flexible, sistema de marcha flexible o equivalente y sistema de pie de caña con pilón de carga vertical, para incluir la cobertura para los beneficiarios cuyo nivel funcional es 2 y se cumplen los criterios especificados.
 - Revisado: criterios de cobertura para la unidad de rodilla neumática o de fluido, fluido de adición de control y el sistema de rodilla controlado electrónicamente o por microprocesador, para incluir la cobertura para beneficiarios cuyo nivel funcional es 2 y cuando se cumplan los criterios especificados.
 - Agregado: información acerca de las rodilla protésicas controladas con microprocesador
 - Agregado: información acerca de los modificadores GA, GY, GZ y KX
- Artículo de la Política:
 - Agregado: información que especifica que los expedientes del ortesista y del protesista se consideran parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el médico tratante.
 - Agregado: L5615 y L5841 a los códigos HCPCS a los que se hace referencia en relación con las reclamaciones por componentes de rodilla, pie, tobillo y cadera.
 - Agregado: la información que debe incluirse en los expedientes médicos para ciertos códigos HCPCS (L5610, L5613, L5614, L5615, L5722, L5724, L5726, L5728, L5780, L5814, L5822, L5824, L5826, L5828, L5830, L5840, L5841, L5848, L5856, L5857, L5858) para beneficiarios cuyo nivel funcional es 2.
 - Agregado: información acerca de los modificadores GA, GY, GZ y KX
 - Agregado: el uso del modificador GY al facturar una manga de colocación de prótesis (L7600)
 - Revisado: el diseño y el contenido ubicados dentro de "SISTEMAS PROTÉSICOS", incluida la adición de "Postoperatorio inmediato" con información relevante, "Preparatorio" con información relevante, "Inicial" con información relevante, "Exoesquelético" con información relevante y "Endoesquelético" con información relevante.
 - Agregado: "Los códigos de sistemas protésicos no deben usarse al facturar un "socket" de reemplazo para una prótesis existente".
 - Eliminado: "L5301, L5540, L5321, L5590 no deben utilizarse al facturar un "socket" de reemplazo para una prótesis existente".
 - Eliminado: "El uso de L5301, L5540, L5321, L5590 con un "socket" de reemplazo es una codificación incorrecta (*unbundling*)".
 - Agregado: "Reemplazos" con información relevante

- Agregado: "El uso de los códigos del sistema protésico con un "socket" de reemplazo es una codificación incorrecta (*unbundling*)".
- Revisado: se cambió "El beneficiario puede calificar para un sistema mejorado de rodilla y espinilla según su modificador "K" asignado (K0-K4), como se indica en la LCD". a "El beneficiario puede calificar para un sistema mejorado de rodilla y espinilla según su modificador de nivel K asignado (K0-K4) y cualquier criterio de cobertura adicional que se deba cumplir, como se indica en la LCD".
- Revisado: los códigos HCPCS a los que se hace referencia como códigos adicionales para sistemas endoesqueléticos de rodilla y espinilla que se consideran una mejora del sistema de rodilla y espinilla, para incluir a los códigos L5615 y L5841
- Revisado: se revisaron los códigos HCPCS se mencionan como códigos de adición única que pueden describir completamente los sistemas completos de rodilla y espinilla y para los cuales el uso de dos códigos se consideraría una codificación incorrecta, con el fin de incluir L5615 y L5841
- Revisado: se cambió "L5925, L5930, L5845, L5848, L5850, L5856, L5857, L5858, L5859 son características o funciones adicionales que no describen un sistema endoesquelético completo de rodilla y espinilla y deben usarse en combinación con un código L para un sistema de rodilla y espinilla (L5610, L5611, L5613, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5828, L5830, L5840) por "L5925, L5930, L5845, L5848, L5850, L5856, L5857, L5858 y L5859 son características o funciones adicionales que no describen un sistema endoesquelético de rodilla-espinilla completo y deben usarse en combinación con un código L para un sistema de rodilla-espinilla (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5828, L5830, L5840 y L5841)".
- Revisado: se cambió "El beneficiario puede calificar para un pie protésico mejorado según su modificador de nivel K asignado (K0-K4) como se hace referencia en la LCD", a "El beneficiario puede calificar para un pie protésico mejorado según su modificador de nivel K asignado (K0-K4) y cualquier criterio de cobertura adicional que se deba cumplir, como se hace referencia en la LCD".

2. Revisión del Manual del Proveedor de la Jurisdicción C

Capítulo 2

- Sección 2: se aclara que el formulario para el Acuerdo de Autorización de Transferencia Electrónica de Fondos EFT (CMS-588) debe ser completado y enviado al Contratista del NPE que corresponda.
- Sección 8: el aviso de "Do Not Forward" o DNF se genera cuando hay cambios en su dirección para envío de pagos o para envío de correspondencia. En este caso, el DME MAC notifica el Contratista del NPE y detiene los pagos hasta que usted envíe la nueva dirección y esta sea verificada por el NPE. Cuando haga algún cambio, notifique inmediatamente al contratista del NPE enviando el formulario CMS-588 EFT.

Capítulo 3

- Sección 3: se aclara que las firmas estampadas con un sello normalmente no son aceptables; sin embargo, se permite el uso de un sello de caucho para estampar la firma en el caso de que el autor tenga una discapacidad física y puede proporcionar prueba de su incapacidad para firmar debido a su discapacidad.
- Sección 5: para fines de revisión médica, Medicare requiere que las personas responsables de la atención del beneficiario sean identificables, esto incluye suministrar, ordenar y certificar. Se requiere de una firma para satisfacer los requisitos de la regulación, el estatuto, la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) o la Determinación de Cobertura Local (LCD) o para resolver las dudas de autenticidad relacionadas con la legitimidad o falsedad de la documentación. Usted debe revisar la documentación para asegurarse de que cumple con los requisitos de firma del estatuto, de la regulación, la NCD o la LCD (cuando corresponda) y para asegurarse de que la información de la firma esté disponible cuando la autenticidad pueda ser un problema. Cuando una firma necesaria sea ilegible o no esté en el documento, debe presentar un registro de firmas o una declaración de certificación de la firma.
Registro de Firma: el registro de firma incluye el nombre mecanografiado o impreso del autor de un documento asociado con una firma o con unas iniciales ilegibles. Se puede incluir en la página donde se encuentran la firma o las iniciales ilegibles o puede ser un documento separado. Se recomienda que el autor también incluya sus credenciales en el registro de firma.
Certificación de la Firma: se usa para autenticar una firma ilegible o ausente en los expedientes médicos y en las órdenes médicas. Para que se considere válida para fines de revisión médica de

Medicare, la certificación de firma debe estar firmada y fechada por el autor de la nota en el expediente médico o de la orden médica y debe contener información suficiente para identificar al beneficiario.

Las certificaciones de firma que cumplan con los requisitos se tomarán en cuenta independientemente de la fecha en que hayan sido creadas, excepto en los casos en los que el estatuto, el reglamento, la NCD o la LCD indiquen que la firma debe estar antes de un evento determinado o una fecha determinada.

- Sección 10: todas las modificaciones, correcciones o notas ingresadas en el expediente en una fecha posterior, se revisarán de acuerdo con el Manual de integridad del Programa Medicare (*Medicare Program integrity Manual*), Capítulo 3, Sección 3.3.2.4.

Capítulo 5

- Sección 7: los Certificados de Necesidad Médica o CMN solo aplican para las fechas de servicio anteriores a enero 1, 2023.

Capítulo 6

- Sección 10: la transferencia electrónica de fondos (EFT) es el proceso mediante el cual el pago de las reclamaciones de Medicare se transfiere electrónicamente directamente a su cuenta bancaria. Debe completar el formulario CMS-588 y enviarlo al Contratista del NPE que corresponda. Su información bancaria será aplicada a las cuatro jurisdicciones. Junto con el formulario envíe un cheque anulado, un formulario de depósito bancario y una carta del banco verificando la información de su cuenta.

Capítulo 9

- Sección 5: Medicare requiere de pre-autorización como condición para el pago para todos los códigos que aparecen en la Lista de CMS de Códigos que Requieren Pre-Autorización https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medicare-FFS-Compliance-Programs/DMEPOS/Downloads/DMEPOS_PA_Required-Prior-Authorization-List.pdf Únicamente para situaciones agudas se puede aplicar una excepción para los códigos: L0648, L0650, L1832, L1833 y L1851.
Un proveedor, debe solicitar una pre-autorización (PAR) con revisión acelerada para el reemplazo de un Equipo Motorizado de Movilidad o PMD, si el equipo se pierde, es robado o sufre daños irreparables dentro del periodo de vida útil razonable de 5 años. La solicitud de PAR debe incluir documentación de respaldo que explique las circunstancias que llevaron a la necesidad del reemplazo, como informes detallados de pérdida, robo o daño y la orden escrita estándar o SWO. El DME MAC le informará la decisión dentro de los dos días hábiles (excluidos los feriados federales y los fines de semana) después de haber recibido toda la documentación correspondiente.

3. Orden Escrita Antes de la Entrega o WOPD y Camas Hospitalarias

Medicare ha seleccionado tres códigos de camas hospitalarias que, a partir de agosto 12, 2024 requieren de encuentro cara cara (F2F) y WOPD. Los códigos son: E0290 (altura fija, sin barandas ni colchón), E0301 (trabajo pesado, extra ancha, para más de 350 libras, pero menos o igual a 600 libras, con cualquier tipo de barandas, sin colchón) y E0304 (trabajo pesado, extra ancha, para mas de 600 libras, con cualquier tipo de barandas y con colchón). Para más información consulte la publicación MLN Matters SE20007 <https://www.cms.gov/files/document/se20007.pdf> . La orden debe obtenerse antes de la entrega y el encuentro cara a cara debe realizarse dentro de los seis meses anteriores a la fecha de emisión de la orden o el mismo día.

4. Órtesis que Requieren Pre-Autorización

- A partir de agosto 12, 2024 CMS ha agregado seis códigos de órtesis a la Lista de Pre-Autorización Requerida: L0631, L0637, L0639, L1843, L1845 y L1951. CGS está recibiendo pre-autorizaciones desde julio 29, 2024.
- CMS removió el código L1833 de esta lista, por lo tanto, a partir de agosto 12, 2024 no requiere de pre-autorización.
- A partir de agosto 12, 2024 ocho códigos de órtesis requieren de Encuentro Cara a Cara (F2F) y de Orden Escrita Antes de la Entrega o WOPD: L0635, L0636, L0638, L0639, L0640, L0651, L1845 y L1852.

- CMS removi6 el c6digo L1833 de esta lista, por lo tanto, a partir de agosto 12, 2024 no requiere de encuentro cara a cara (F2F) ni de WOPD.

5. Estimuladores de la Osteog6nesis Requieren de Pre-Autorizaci6n

- Los siguientes c6digos fueron seleccionados por CMS y ahora requieren de pre-autorizaci6n a partir de agosto 12, 2024 para la Fase Uno y de noviembre 12, 2024 para la Fase Dos: E0747, E0748 y E0760

Fase Uno: California, Florida, Ohio y Pennsylvania. CGS est1 aceptando solicitudes desde julio 29, 2024.

Fase Dos: En todos los dem1s estados y territorios no incluidos en la Fase Uno. CGS comenzar1 a recibir solicitudes a partir de octubre 29, 2024.

6. Tarifas del DMEPOS Jurisdicci6n C

- Las tarifas de medicamentos y de DMEPOS del tercer trimestre, as1 como la revisi6n de las tarifas del segundo semestre para DMEPOS ya est1n disponibles en https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/fees/jc/search.asp



Educaci6n en Espa6ol Programada para este Mes

- **Agosto 6:** Ap6sitos Quir6rgicos para Manejo de Heridas y Ulceras
- **Agosto 8:** Medicamentos Inmunosupresores e Inmunoglobulina Intravenosa
- **Agosto 13:** Requisitos de la Documentaci6n
- **Agosto 15:** Uso Correcto del ABN (Notificaci6n Anticipada para el Beneficiario de No Pago)
- **Agosto 20:** Suministros para Ostom1a y Traqueostom1a

NO tienen ning6n costo, para horarios e inscripciones por favor consulte nuestra p1gina de Internet de la Jurisdicci6n C (JC DME) en <https://www.cgsmedicare.com>

- Al lado izquierdo de la p1gina haga clic en “CGS en Espa6ol”



- Haga clic en “Recursos Educativos” y despu6s en “Educaci6n en L1nea (Webinars)” y encontrar1 el listado de webinars programados. Para inscribirse, debe hacerlo directamente en la plataforma “Cvent” usando los enlaces de internet que encuentra en esta p1gina



Noticias y Nuevas Publicaciones

Para tener acceso a estas publicaciones debe ir a <https://www.cgsmedicare.com>

- Haga clic en “JC DME”
- Al lado izquierdo de la p1gina haga clic en “News & Publications”, despu6s en “News” y por 6ltimo sobre la publicaci6n que desea consultar.

Para esta edici6n tenemos:

1. **Julio 3: “Insulin Fee Schedule Reduced July 1, 2024”** En esta publicaci6n se les informa a los proveedores que hubo una disminuci6n significativa en la tarifa para el c6digo HCPCS de la insulina

J1817 (insulina para administración a través de DME (P. Ej. bomba de insulina) por 50 unidades). La tarifa del tercer trimestre del 2024 (del 1 de julio al 30 de septiembre) para el J1817 es de \$2,539 en comparación con \$7,595 durante el segundo trimestre. La disminución se debe a que los fabricantes de insulina redujeron sus precios en el 2023 en un 70-75%. Revise los Archivos de Precios de CMS ASP en <https://www.cms.gov/medicare/payment/part-b-drugs/asp-pricing-files>

Para más información consulte esta publicación.

- 2. Julio 3: “Treating Practitioner Evaluation of the Blood Gas Study for Oxygen”** En este artículo se les informa a los proveedores que la LCD acerca de Oxígeno y Equipo para Oxígeno #L33797, requiere que “el médico tratante haya... evaluado los resultados del estudio de gases en sangre calificado realizado en el momento de la necesidad”. Se requiere que la documentación en el expediente médico incluya los resultados del estudio de gases en sangre calificado realizado por un médico tratante, un proveedor calificado o un proveedor de servicios de laboratorio.

Cuando el estudio de gases en sangre no fue realizado directamente por el médico tratante, la documentación para respaldar que el médico tratante evaluó los resultados del estudio de gases en sangre calificado puede incluir (entre otros):

- Una copia del estudio de gases en sangre o de los resultados del estudio de gases en sangre incorporados en las notas del expediente del médico tratante o
- Documentación del médico tratante en la que hace referencia a la evaluación del estudio de gases en sangre realizado en una fecha específica o
- La firma del médico tratante en la copia de los resultados del estudio de gases en sangre. La firma del médico tratante indica que evaluó los resultados o
- La orden escrita estándar (SWO) del médico tratante para la terapia de oxígeno en el hogar incluye cualquiera de los siguientes elementos: resultados del estudio de gases en sangre o referencia a la evaluación del estudio de gases en sangre realizado en una fecha específica.

Si bien la inclusión de cualquiera de los elementos anteriores en la SWO del médico tratante puede respaldar que el médico tratante evaluó los resultados del estudio de gases en sangre, los resultados del estudio de gases en sangre también deben documentarse en el expediente médico del médico o del proveedor de servicios de laboratorio que realizó el estudio.

Cuando el médico tratante realiza directamente el estudio de gases en sangre que califica, la documentación del médico tratante de los resultados del estudio de gases en sangre satisface tanto el requisito de que la documentación del expediente médico incluya los resultados del estudio como el de que el médico tratante evalúe los resultados.

Los DME MAC recomiendan enfáticamente a los proveedores que obtengan los expedientes médicos por adelantado para confirmar que existe suficiente documentación para respaldar que se cumplen los criterios de cobertura antes de despachar el equipo o facturar la reclamación a Medicare.

Para más información consulte esta publicación.

- 3. Julio 18: “Lower Limb Prostheses – Final LCD and Response to Comments (RTC) Article Published”** En este artículo conjunto de los DME, se les informa a los proveedores que en Julio 18, 2024 los DME MAC publicaron la versión final de la Determinación de Cobertura Local (LCD) y el Artículo de la Política correspondiente, para las prótesis de extremidad inferior. Esta revisión es efectiva para las fechas de servicio de septiembre 1, 2024 y posteriores.

La LCD incorpora las revisiones finales que son resultado del proceso de reconsideración de la LCD y los comentarios escritos recibidos durante el período de comentarios para la LCD propuesta. La LCD final modifica los criterios de cobertura para las prótesis de rodilla controladas por microprocesador (MPK), para incluir la cobertura para los beneficiarios del Nivel Dos de Clasificación Funcional de Medicare (MFCL) con amputaciones de extremidades inferiores que requieren una prótesis de rodilla; modifica los criterios de cobertura para los pies protésicos a fin de permitir la cobertura de un pie compatible cuando se cumplen los criterios de cobertura para una MPK; agrega los modificadores GA, GY, GZ y KX a la sección de Información de Codificación de la LCD y agrega el código HCPCS L5841 a los criterios de cobertura para las rodillas neumáticas y fluidas.

Para más información consulte esta publicación

4. **Julio 22: “Electronic Funds Transfer (EFT) Form Requests from the NPE”** En este artículo se les informa a los proveedores que si actualmente no reciben los pagos de Medicare a través de transferencia electrónica de fondos (EFT) y recibieron una carta por parte de uno de los contratistas del “National Provider Enrollment” (NPE) solicitando que envíen el formulario EFT CMS-588, asegúrense de seguir todas las instrucciones incluidas en la carta y de enviarla al NPE dentro del plazo indicado para evitar la desactivación de los privilegios de facturación.

Si tienen alguna pregunta sobre la carta, comuníquense directamente con el contratista de NPE correspondiente.

NPE East Contractor (NPEAST): Novitas Solutions, Inc.:

<https://www.novitas-solutions.com/webcenter/portal/DMEPOS>

PO Box 3704

Mechanicsburg PA 17055-1863

Teléfono 866-520-5193 9 a.m. a 5 p.m. ET

NPE West Contractor (NPWEST): Palmetto GBA

<https://www.palmettogba.com/palmetto/npewest.nsf>

PO Box 100142

Columbia SC 29202-3142

Teléfono 866-238-9652 10 a.m. a 6 p.m. ET

Para más información consulte esta publicación



Nuevos Recursos en Español

Recuerde que puede consultar esta edición de las Noticias del Mes y las anteriores en nuestra página de Internet <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” bajo “Recursos Educativos”

1. **SECCIÓN DE LA PAGINA DE INTERNET EN ESPAÑOL:** Ahora puede encontrar en español toda la información que necesita en la sección “CGS en Español” de nuestra página de internet. <https://www.cgsMedicare.com/jc/espanol/index.html>
2. **Listas de Chequeo de la Documentación Actualizadas:** Las siguientes listas fueron actualizadas: AFO/KAFO, nutrición enteral, ortesis de rodilla, estimuladores de la osteogénesis y órtesis espinales.. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” Recursos de Revisión Médica
3. **Manual del Usuario y Guía de Inscripción de myCGS.** El manual del usuario y la guía de Inscripción de myCGS han sido rediseñados para que sea más fácil para usted encontrar el contenido que necesita. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” myCGS
4. **Cartas “Respetado Doctor”:** Estas cartas han sido escritas por nuestros Directores Médicos y están dirigidas a los médicos que recetan artículos de DME. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” Recursos de Revisión Médica.
5. **Herramienta para saber la razón de una denegación y las acciones a tomar.** La herramienta llamada “Herramienta para la Resolución de las Denegaciones de las Reclamaciones” le permite saber la razón específica de su denegación y la/las posibles acciones a tomar. La encuentra en <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” Herramientas.
6. **Listas de Chequeo de la Documentación:** Estas listas contienen la información detallada acerca de la documentación que se requiere para cada artículo de DME. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” Recursos de Revisión Médica.
7. **Webinars Personalizados: Educación personalizada, gratuita y en español** a través de su computadora acerca de los criterios de cobertura de los diferentes artículos cubiertos por el DME, documentación general, regulaciones, facturación, etc.; adaptada a sus necesidades particulares y en un horario que le convenga. No tiene ningún costo y solo debe enviarnos un correo electrónico con su solicitud a liliana.hewlett@cgsadmin.com



Lista de Distribución de Correo Electrónico

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C inscribese a nuestra Lista de Distribución de Correo Electrónico.
- **Para hacerlo**, ingrese a la página de Internet de CGS: <https://www.cgsMedicare.com> y haga clic en “JC DME”
 - Al lado derecho de su pantalla haga clic en “Quick Links” y complete su inscripción.
 - Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS.

Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS

Sus sugerencias o comentarios son importantes para nosotros, déjenos saber como ayudarlo escribiéndonos a liliana.hewlett@cgsadmin.com

** Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC ni de CMS y fue preparado con el fin de que sea una herramienta educativa e informativa y no reemplaza las Leyes o Regulaciones vigentes. No es una traducción literal de las publicaciones a las cuales hace referencia. Se les recomienda a los proveedores de manera muy enfática, que consulten los documentos oficiales de los DME MAC, las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD), las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política y de Documentación pertinentes. Visite <https://www.cgsMedicare.com> y <https://www.cms.gov> Cualquier cambio en la información a la cual se hace referencia podrá hacerse en cualquier momento y sin previo aviso.*

