

DME MAC Jurisdicción C

NOTICIAS DEL MES

— DICIEMBRE 2023 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Nuevo Requisito de Autenticación para Comunicarse con Servicio al Cliente

- Efectivo Febrero 1, 2024 para proteger la privacidad de los beneficiarios y proveedores de Medicare, CGS debe autenticar ciertos elementos antes de divulgar información específica del beneficiario. Nuestro sistema de integración telefónica por computadora o CTI (Computer Telephone Integration), le permite ingresar de forma segura la información del beneficiario antes de hablar con un representante de servicio al cliente (CSR). A partir de Febrero 1, 2024, las llamadas específicas acerca de las reclamaciones y de la elegibilidad deben autenticarse a través de la línea CTI, pues los representantes de servicio al cliente ya no harán la autenticación por teléfono. Transferiremos a las personas que llamen nuevamente a la línea CTI para hacer la autenticación.
- Deberá autenticar los siguientes elementos: NPI, PTAN, TIN, MBI del Beneficiario, Inicial del nombre del Beneficiario, Apellido del Beneficiario (ingrese hasta seis letras seguidas por el signo #), Fecha de Nacimiento del Beneficiario.

2. Revisión de las Determinaciones de Cobertura Local o LCD y los Artículos de la Política

Nutrición Enteral. Efectivo 10/01/2023

- LCD
 - Revisado: Información pertinente a la asignación para los suministros de alimentación correspondientes al método de administración, con el fin de agregar el código "B4148"
 - Agregado: "Alimentación con control elastomérico"
- Artículo de la Política
 - Agregado: Código HCPCS B4148

Monitores para La Glucosa. Efectivo 01/01/2024

- LCD
 - Agregado: "o Telemedicina aprobada por Medicare" a los criterios de sobre utilización.
 - Agregado: Tres (3) UOS cada noventa (90) días con respecto a la facturación del código A4238 o A4239 y "Facturación de más de tres (3) UOS cada noventa (90) días del código A4238 o A4239 se denegarán por no ser razonables ni necesarios".
 - Removido: Facturación de una unidad de servicio (UOS) por cada 30 días del A4238 o A4239
- Artículo de la Política
 - Agregado: Información acerca de la facturación hasta un máximo de tres (3) meses, noventa (90) días para el código A4238 o A4239
 - Removido: Información acerca de la facturación de un (1) mes, treinta (30) días para el código A4238 o A4239

Asientos para Sillas de Ruedas. Efectivo 12/20/2023

- Artículo de la Política
 - Agregado: “Información al grupo 1 y al grupo 4, que especifica el código ICD-1-CM Z87.2 debe ser agregado cuando el beneficiario tiene antecedentes de una úlcera por presión curada en el área de contacto con la superficie del asiento. El Z87.2 no se debe usar para describir una úlcera por presión actual en el área de contacto con la superficie del asiento y otros códigos CIE-10-CM del Grupo 1 y del Grupo 4 no se deben usar para describir la historia de una úlcera por presión ya curada en el área de contacto con la superficie del asiento

Inmunoglobulina Intravenosa. Efectivo 01/01/2024

- LCD
 - Agregado: Código Q2025 al Grupo 1
 - Removido: Declaración de la denegación de la IVIG utilizada con una bomba de infusión
- Artículo de la Política
 - Agregado: Servicios, suministros y accesorios a la declaración no cobertura cuando no se cumplan los criterios estatutarios
 - Agregado: Los servicios, suministros y accesorios se facturarán con el código HCPCS Q2052 y solo se pagará una unidad de servicio por fecha de servicio de infusión
 - Agregado: Instrucciones de codificación para el Q2052
 - Removido: Declaración de referencia a la LCD cuando se administra IVIG con una bomba de infusión y no se cumplen los criterios estatutarios
 - Removido: Declaración sobre el beneficio de IVIG limitado a la IVIG
 - Removido: Instrucciones de uso del código HCPCS A4223 cuando la IVIG no se administra con una bomba de infusión



Educación en Español Programada para este Mes (2 pm hora de Puerto Rico y 1 pm EST)

- **Diciembre 5: Ortesis de Rodilla-Tobillo-Pie y Tobillo-Pie (AFO-KAFO)**
- **Diciembre 7: Herramientas y Procedimientos del DME**
- **Diciembre 12: Suministros para Urología**

NO tienen ningún costo, para horarios e inscripciones por favor consulte nuestra página de Internet <https://www.cgsmedicare.com>

- Al lado izquierdo de la página haga clic en “**CGS en Español**”
- **Haga clic en “Recursos Educativos”** y después en “Educación en Línea (Webinars)” y encontrará el listado de webinars programados. Para inscribirse, debe hacerlo directamente en la plataforma “Cvent” usando los enlaces de internet que encuentra en esta página.



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 página haga clic en “News & Publications”, después en “News” y por último sobre la publicación que desea consultar

Para esta edición tenemos:

1. **Noviembre 3: “Correct Coding Reminder – RT and LT Modifiers - Revised Claims”** En esta publicación se les recuerda a los proveedores que algunos de los artículos de la política relacionados con las LCD del

DME MAC requieren el uso de los modificadores derecho (RT) e izquierdo (LT) para ciertos códigos HCPCS. Los proveedores deben utilizar los modificadores RT y LT al facturar dos unidades del mismo artículo o accesorio en la misma fecha de servicio cuando los artículos se utilizan bilateralmente. Los proveedores deben facturar cada artículo en líneas separadas utilizando los modificadores RT y LT y 1 unidad de servicio (UOS) en cada línea de la reclamación. No utilice el modificador RTLT combinado en la misma línea de la reclamación ni facture con 2 UOS (unidades de servicio).

Las líneas de la reclamación para los códigos HCPCS que requieren el uso de los modificadores RT y LT, facturadas sin los modificadores RT y/o LT o con RTLT en una sola línea, se rechazarán como codificación incorrecta.

Las siguientes Artículos de la Política requieren de los modificadores RT/LT: AFO/KAFO, Prótesis Externas para Seno, Prótesis Oculares, Prótesis de Cara, Prótesis para Extremidad Inferior, Zapatos Ortopédicos, Lentes Refractivos, Apósitos Quirúrgicos, Zapatos Terapéuticos para Personas con Diabetes.

Para más información consulte esta publicación.

2. **Noviembre 20: “2023 DMEPOS HCPCS Code Jurisdiction List – October Update”** En esta publicación se les informa a los proveedores que la lista de la actualización de los códigos HCPCS de acuerdo con la Parte de Medicare responsable (DME MAC o Parte B) ha sido publicada y puede revisarla en <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2023/11/cope145742.html>

Para más información consulte esta publicación.

3. **Noviembre 27: “January 2024 HCPCS Updates – New, Revised, and Discontinued HCPCS Codes and Modifiers”** En esta publicación se les informa a los proveedores que la lista actualizada efectiva Enero 2024 de los códigos HCPCS nuevos, revisados y discontinuados, ya ha sido publicada y puede revisarla en <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2023/11/cope147408.html>

Para más información consulte esta publicación.

4. **Noviembre 27: “Oxygen Modifiers – Billing Reminder”** En esta publicación se les informa a los proveedores que, según un análisis reciente de los datos de reclamaciones de oxígeno, los DMEMAC han identificado que muchas reclamaciones de oxígeno se facturan de forma inapropiada con el modificador N3. Los DMEMAC están emitiendo este recordatorio de facturación para aclarar y reforzar las instrucciones para el uso de modificadores relacionados con la cobertura asociados con la LCD y el Artículo de la Política de Oxígeno.

Modificadores de Cobertura:

- KX (Se han cumplido los requisitos especificados en la política médica).
 - Debe usarse en reclamaciones por rentas, contenido y mantenimiento y servicio de oxígeno cuyo uso comenzó durante la emergencia de salud pública (antes del 12 de mayo de 2023) en situaciones en las que el beneficiario no cumple con los criterios de cobertura actuales en la LCD o NCD y califica para oxígeno debido a una exención por la PHE (Emergencia de Salud Pública). En esta situación, el modificador KX se factura junto con el modificador CR (relacionado con catástrofe/desastre). Estas reclamaciones no deben facturarse con el modificador N1, N2 o N3.
 - Se puede utilizar en reclamaciones por rentas, contenido y mantenimiento y servicio de oxígeno en curso que comenzaron antes del 1 de abril de 2023, en situaciones en las que el beneficiario cumple con los criterios actuales de cobertura de la LCD de oxígeno en lugar de los modificadores N1, N2 o N3.
 - No debe usarse para ningún período nuevo de renta de oxígeno que comience a partir del 1 de abril de 2023, cuando el beneficiario cumpla con los criterios de cobertura LCD de oxígeno y equipos de oxígeno actuales. (Existe una excepción para el oxígeno de reemplazo para los beneficiarios que recibieron oxígeno durante el PHE y no cumplen con los criterios de cobertura actuales).
- N1 (criterios del Grupo 1)
 - Debe usarse en reclamaciones por rentas nuevas de oxígeno que comenzaron a partir del 1 de abril de 2023, donde el beneficiario cumple con los criterios de cobertura actuales del Grupo 1 de la LCD de Oxígeno

- También se puede utilizar para reclamaciones de renta, contenido y mantenimiento y servicio que comenzaron antes del 1 de abril de 2023, cuando el beneficiario cumple con los criterios de cobertura actuales del Grupo 1 de la LCD de oxígeno
- N2 (criterios del Grupo 2)
 - Debe usarse en reclamaciones por rentas nuevas de oxígeno que comenzaron a partir del 1 de abril de 2023, donde el beneficiario cumple con los criterios de cobertura actuales del Grupo 2 de la LCD de Oxígeno
 - También se puede utilizar para reclamaciones de renta, contenido y mantenimiento y servicio que comenzaron antes del 1 de abril de 2023, cuando el beneficiario cumple con los criterios de cobertura actuales del Grupo 2 de la LCD de oxígeno
- N3 (criterios del Grupo 3)
 - Debe usarse en reclamaciones por nuevas rentas de oxígeno que comenzaron a partir del 1 de abril de 2023, donde el beneficiario cumple con los criterios de cobertura actuales del Grupo 3 de la LCD de Oxígeno
 - También se puede utilizar para reclamaciones por rentas, contenido y mantenimiento y servicio que comenzaron antes del 1 de abril de 2023, cuando el beneficiario cumple con los criterios de cobertura actuales del Grupo 3 de la LCD de oxígeno
 - No debe usarse en reclamaciones de beneficiarios que necesitan oxígeno debido a cualquier condición hipoxémica (es decir, EPOC, neumonía, insuficiencia respiratoria, etc.). Los beneficiarios que experimenten hipoxemia deben cumplir con los criterios de cobertura del Grupo 1 o 2 para calificar para oxígeno y equipos de oxígeno
- En todas las demás situaciones en las que el beneficiario no cumpla con los criterios de cobertura descritos en la LCD o NCD de oxígeno, las reclamaciones deben facturarse para obtener una denegación con el modificador GA, GY o GZ correspondiente. Esto incluye nuevas configuraciones de oxígeno para beneficiarios de Medicare que experimenten hipoxemia pero que no tienen un estudio de gases en sangre calificado que cumpla con los criterios de cobertura del Grupo 1 o del Grupo 2. Los modificadores GA, GY y GZ se utilizan de la siguiente manera:
 - GA: Exención de responsabilidad (se espera que sea denegada por no ser razonable y necesaria, ABN en el archivo).
 - GY: Artículo o servicio excluido por ley o que no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare.
 - GZ: Artículo o servicio no razonable y necesario (se espera que sea rechazado por no ser razonable y necesario, no hay ABN en el archivo).

Para más información consulte esta publicación.



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. **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
3. **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
4. **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

5. **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”
6. **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 en inglés, inscríbese 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 la inscripción
 - Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS

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

Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC o 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, 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.

