



—ENERO 2020 —

RECUERDE QUE A PARTIR DEL 1 DE ENERO, 2020 TODAS SUS RECLAMACIONES Y TRANSACCIONES CON MEDICARE DEBEN LLEVAR EL MBI DEL BENEFICIARIO SIN IMPORTAR LA FECHA DE SERVICIO

Las reclamaciones y/o transacciones enviadas con el HICN serán rechazadas y no procesadas.



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Número de identificación de Medicare o MBI

Recuerde que el uso del MBI es obligatorio a partir del 1 de Enero, 2020 para todas sus reclamaciones y transacciones, sin importar la fecha de servicio. Las reclamaciones enviadas con el HICN serán rechazadas. El número de MBI lo encuentra en **la tarjeta del beneficiario y en myCGS**. CGS tiene una página de internet dedicada al MBI, se encuentra en <https://www.cgsmedicare.com> sección “Claims Submission” bajo el nombre “Medicare Beneficiary Identifier (MBI)”.

2. Notificación Anticipada de los Cambios del Sistema Contable Financiero “Healthcare Integrated General Ledger Accounting System (HIGLAS)”

En CGS pronto estaremos haciendo la transición de nuestro sistema financiero contable “DME Shared System (VMS)” a el “Healthcare Integrated General Ledger Accounting System (HIGLAS)”. Los proveedores recibirán cartas antes del cambio, las cuales incluyen las fechas específicas en las cuales esto va a ocurrir.

Esta transición le permitirá a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) rastrear los pagos y la exactitud en el pago de las reclamaciones de mas de 40 millones de beneficiarios de Medicare. Tenga en cuenta que este cambio solamente afectará al sistema contable financiero, no al procesamiento de reclamaciones.

Este incluirá una reducción temporal del piso de pago, lo cual traerá como resultado que los pagos se emitan mas temprano (cheques y transferencias electrónicas). Esto puede dar la apariencia de que el flujo de efectivo ha aumentado cuando en realidad lo que sucede es que simplemente algunas reclamaciones se han pagado antes de lo normal. Se le pide a los proveedores que monitoricen los pagos y hagan los ajustes necesarios una vez que comience la transición.

CGS está comprometido a mantener a los proveedores informados acerca de la transición a HIGLAS. La información actualizada acerca de HIGLAS, continuará proveyéndose en la página de internet de la Jurisdicción C.

3. NUEVOS REQUISITOS DE LA ORDEN MEDICA Y EL EXAMEN CARA A CARA

Los siguientes cambios son efectivos a partir de Enero 1 del 2020 (inclusive) bajo la Regla Final 1713.

Solamente se necesitará UN TIPO de orden para los artículos de DMEPOs. A partir de esta fecha se ELIMINA la orden de despacho, la orden detallada, la orden de los 5 elementos, la orden de los 7 elementos y la descripción detallada del producto o DPD.

La Regla Final 1713 y El Artículo de Documentación Estándar # A55426 estipulan que:

- La nueva orden requerida se conoce como Orden Escrita Estándar o SWO
- LA SWO debe contener los siguientes elementos:
 - Nombre del beneficiario **O** el MBI del beneficiario
 - Fecha de la Orden
 - Descripción general del artículo ordenado, la cual puede ser general o la marca/modelo. Para equipo debe incluir todas las opciones y accesorios adicionales que se van a facturar por separado y para suministros debe incluir una lista con todos los suministros que se van a facturar por separado
 - Cantidad a despachar, si aplica
 - Nombre del profesional tratante **O** el NPI del profesional tratante
 - Firma del profesional tratante
- La firma debe cumplir con los requisitos de firma de CMS

Sin embargo; tenga en cuenta que de acuerdo a la regla final 1713 (84 Fed. Reg. Vol 217) CMS ha seleccionado una lista de artículos sujetos a Examen Cara a Cara y Orden Escrita Antes de la Entrega o WOPD. Esta lista incluye:

- Los artículos que lo requieren por ley como las Sillas de Ruedas Motorizadas o PMD de acuerdo al Estatuto (1834(a)(1)(E)(iv)). Esto significa que los PMD siempre necesitarán WOPD y Examen Cara a Cara y
- Artículos de DME adicionales seleccionados por CMS para estar en esta lista

Consideraciones adicionales

- La fecha de la WOPD debe ser dentro de los seis meses posteriores a la fecha del Examen Cara a Cara.
- Para los PMD, el mismo profesional que completa el examen cara a cara debe ser el que hace la orden WOPD.
- Para los demás artículos de DME el profesional que completa el examen cara a cara no necesariamente debe ser el mismo que llena la orden WOPD, sin embargo el profesional que receta debe verificar que el Examen Cara a Cara califique, haya sido realizado dentro de los seis meses anteriores y tenga copia de este examen en su archivo.
- Puede usarse un solo Examen Cara a Cara para el respaldo de diferentes órdenes por diferentes artículos siempre y cuando haya sido realizado dentro de los seis meses anteriores a todas y cada una de las órdenes y mencione la información específica de diagnóstico, tratamiento y manejo de cada artículo ordenado en cada una de estas órdenes.

La lista de artículos que necesitan Examen Cara a Cara ha cambiado, debe revisar el Artículo de la Política que corresponde en cada caso, para saber en qué códigos es requerido. El requisito de el Examen Cara a Cara y la correspondiente orden WOPD continuará cambiando hasta que CMS publique el listado de los códigos que lo requieren de manera obligatoria o "Required List" en el "Federal Register". Estos códigos incluidos dentro de la "Required List" son y serán tomados de la lista maestra o "Master List" de CMS creada bajo la regla Final 1713.

Este requisito no anula otras regulaciones vigentes como en el caso del Oxígeno en donde la "National Coverage Determination § 240.2 "Home use of Oxygen" requiere que el Examen Cara a Cara se realice dentro del primer mes después de iniciada la terapia con Oxígeno o las valoraciones con calendarios especiales para Zapatos para Diabéticos, PAP, Apósticos Quirúrgicos, etc.

4. Nueva Calculadora de las Tasas de Interés de un Sobrepago

Esta herramienta le permite calcular el interés que se adicionará a su deuda si no envía el pago dentro de los primeros 30 días. La encuentra en la sección "Online Tools & Calculators" bajo "Overpayment Interest Calculator."

5. Comparta su experiencia con la página de internet de CGS

En nuestra página de internet usted puede ahora compartir su experiencia, simplemente haciendo click en la franja que aparece de manera intermitente en la parte superior “Please take a few minutes to share your thoughts with us.”

6. NUEVA HERRAMIENTA para saber el uso correcto de los Modificadores

CGS ha creado una maravillosa herramienta que le permite saber que modificador debe usar para facturar de acuerdo al código HCPCS y a cada situación en particular y de esa manera evitar denegaciones. La encuentra en la sección de “Online Tools & Calculators” de nuestra página de internet bajo “AME Advanced Modifier Engine”

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

Ortesis AFO/KAFO

LCD: Se eliminó la referencia a los códigos ICD-10 y se agregó el código HCPCS L2006 al Grupo 1
Artículo de la Política: Se agregó el código HCPCS L2006 y se revisó el encabezado de los códigos que respaldan y que no respaldan la necesidad médica.

Bombas de Infusión Externa

LCD: Se agregó la información de la cobertura del E0787 y se adicionó al Grupo 1, se agregó el código A4226 al Grupo 2
Artículo de la Política: Se agregó el requisito de pre aprobación del PDAC al código E0787, se agregó el código E0787 a la sección de modificadores KX, GA y GY; se agregó la información de codificación para E0787 y A4226, se agregó la especificación de “all inclusive” para el código A4224 y se revisó el encabezado de los códigos que respaldan y que no respaldan la necesidad médica.

Nutrición Parenteral

LCD: se agregó el código B4187 a la sección de “Nutrients” y se revisó su descripción
Artículo de la Política: Se agregó el código B4187 y se revisó el encabezado de los códigos que respaldan y que no respaldan la necesidad médica.

Opciones y Accesorios de las Sillas de Ruedas

LCD: Se agregó el código E2398
Artículo de la Política: se agregaron los siguientes códigos ICD-10 al Grupo 1: G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9, G93.1, S06.2X0S, S06.2X1S, S06.2X2S, S06.2X3S, S06.2X4S, S06.2X5S, S06.2X6S, S06.2X9S y se revisó el encabezado de los códigos que respaldan y que no respaldan la necesidad médica.

Prótesis Externas para Seno

LCD: Se removió la referencia a los códigos ICD-10 y se revisó la descripción del código L8032
Artículo de la Política: Se revisó el encabezado de los códigos que respaldan y que no respaldan la necesidad médica.

8. Nueva Versión de myCGS

En esta versión incluye la opción de corregir las reclamaciones directamente desde myCGS, de la misma manera como lo haría con una reapertura telefónica. A través de myCGS podrá ahora corregir la siguiente información en la opción “Claim Correction”:

- Lugar de servicio
- Código HCPCS (excepto los códigos que comienzan con WW y los que incluyan modificadores KX, GA, GY y/o GZ)
- Modificadores (Excepto por KX, GA, GY y GZ)
- Fecha de servicio
- Cantidad de servicios
- Cantidad en dólares enviada
- Códigos de diagnóstico



Educación en Español Programada para este Mes

- Enero 16: **TENS**
- Enero 21: **Camas Tipo Hospitalario**
- Enero 23: **Nutrición Enteral y Parenteral**

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

- Haga click en “**Education**”
- Haga click en “**Spanish Languaje Webinars**” y después en la fecha del Webinar en el que está interesado. Complete la información solicitada y revise la dirección de correo electrónico a la cual le será enviada la invitación al webinar con las instrucciones de conexión.



Noticias y Nuevas Publicaciones

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

- Haga click en “**JC DME**”
- Al lado izquierdo de la página encuentra la sección de “**News and Publications**”

Haga click “**News**” y después sobre la publicación que desea consultar

Para esta edición tenemos:

1. **Diciembre 5: “myCGS Users – How to Make Your Password Experience Easier”**: Esta publicación le recuerda a los proveedores que deben ingresar a myCGS por lo menos una vez cada 28 días. Si no ingresan y usan su cuenta por lo menos una vez en un periodo de 90 días, su cuenta será desactivada. Para mayor información consulte esta publicación.
2. **Diciembre 10: “Most HICN Claims Reject - Regardless of Date Service”**: En esta publicación se le recuerda a los proveedores que siempre deben usar el MBI para evitar rechazos de las transacciones y las reclamaciones. Todas sus reclamaciones deben llevar el MBI sin importar la fecha de servicio, de lo contrario recibirá los siguientes códigos de rechazo:

Para las reclamaciones electrónicas:

- Código de Categoría “A7”, Código de Estatus de la Reclamación 164 y Código de Entidad “IL”

Para las reclamaciones en papel:

- Código de Categoría “16” y Código RARC “N382”

Para mayor información consulte este artículo.

3. **Diciembre 16: “When to Use the MBI”** En esta publicación se le comunica a los proveedores que a partir del 1 de Enero, 2020 deben usar el MBI para el envío de reclamaciones electrónicas y en papel, reaperturas, solicitudes de preautorización, solicitudes de ADMC, elegibilidad, información acerca de Estadía en Hospital, Hospicio, SNF, deducibles, información acerca de MSP y Advantage Plan, preguntas generales, correspondencia e información de artículos iguales o similares. Para mas información consulte esta publicación.
4. **Diciembre 16: “Medicare Part B Home Infusion Therapy Services With The Use of DME. MLN Matters SE 19029”**: En esta publicación se le comunica a los proveedores que CMS ha establecido un nuevo beneficio bajo Medicare Parte B. El beneficio de HIT es para la cobertura de servicios de HIT para ciertos medicamentos y biológicos administrados subcutáneamente por un período de 15 minutos o mas en la casa del individuo a través de una bomba de DME. Este beneficio estará activo a partir del 1 de

Enero del 2021. La sección 1861(iii)(3)(D)(i) define al proveedor calificado de HIT como una farmacia, médico u otro proveedor de servicios con licencia del Estado en el cual está la farmacia, el médico o el proveedor de servicios para dar servicios o entregar artículos y que:

- Provean terapia de infusión a individuos con condiciones agudas o crónicas que requieran medicamentos por infusión en su casa
- Se aseguren de que administran el medicamento de manera segura y efectiva 7 días a la semana y 24 horas al día
- Estén acreditados por una organización designada por el Secretario de acuerdo a la sección 1834 (u)(5)
- Cumplan los demás requisitos del Secretario
- Este proveedor de HIT puede subcontratar a una farmacia, médico, proveedor de servicios o suplidor que cumpla con los requisitos anteriores

La HIT se incluye los siguientes componentes:

- Medicamento para ser administrado por infusión (cubierto bajo DME como un suministro necesario para el uso efectivo de la bomba de infusión cubierta bajo el beneficio de DME)
- Bomba de Infusión Externa y equipo relacionado (ejemplo poste de IV)
- Suministros diferentes al medicamento (ejemplo catéteres y mangueras)
- Servicios profesionales como visitas de enfermería

Medicare cubre estos componentes combinando beneficios:

- Bajo DME se cubren tres componentes, la bomba de infusión externa, los suministros relacionados y el medicamento
- El nuevo beneficio de HIT cubre el componente de servicio, es decir los servicios profesionales, entrenamiento, educación y monitoreo necesario para la administración del medicamento en la casa del paciente.

Para mayor información consulte esta publicación.

5. **Diciembre 18: “PWK Reminder: Missing Form Requirements”:** En esta publicación se le recuerda a los proveedores que cuando decidan usar el segmento PWK para enviar información adicional de respaldo de su reclamación, deben completar el formulario de PWK en su totalidad o de lo contrario su solicitud será rechazada. El único espacio que puede quedar en blanco es el espacio para “Notas”. Para mayor información consulte esta publicación
6. **Diciembre 19: “Endoskeletal Prosthetic Knee-Shin Systems – Correct Coding”:** En esta publicación conjunta de los DME y el PDAC, se le comunica a los proveedores que hay códigos “L” específicos para describir la “prosthetic knee-shin system incorporated into the prosthetic limb” entregada al beneficiario. Para obtener los códigos HCPCS disponibles 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.cqsmedicare.com> sección “Education” bajo “Noticias en Español”

1. **Manual del Usuario y Guia de Registro y Manejo de Cuenta de myCGS en Español:** Estos documentos han sido actualizados de acuerdo a la nueva versión de myCGS. Visite <https://www.cqsmedicare.com> sección “myCGS”.
2. **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, etc.; adaptada a sus necesidades particulares y en un horario que le convenga. Solo debe enviarnos un correo electrónico a liliana.hewlett@cgsadmin.com



ListServ

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C inscríbase a nuestro ListServ.
- Para hacerlo, ingrese a la página de Internet de CGS: <https://www.cgsmedicare.com> y haga click en “**JC DME**”
 - Al lado derecho de su pantalla haga click en “Quick Links” y después click en “Join the ListServ”
 - Complete la inscripción y
 - Haga click en “Register”

Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS. Estará recibiendo periódicamente un correo electrónico con los enlaces a todos los artículos.

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

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



© Derechos de Autor 2020, CGS Administrators LLC