

# DME MAC Jurisdicción C

# NOTICIAS DEL MES

— ENERO 2024 —



## Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

### 1. Cambios en los webinars en Español

- Siguiendo la sugerencia de muchos de ustedes el horario de los webinars ha cambiado nuevamente y se harán durante las horas de la mañana, los Martes y Jueves 10:30 am Hora de Puerto Rico. El horario de EST y CST cambiará de acuerdo con el horario de invierno o de verano, en este momento será 9:30 am EST y 8:30 am CST
- Ahora es mucho más fácil ingresar al webinar para el cual usted previamente se inscribió. El día del webinar recibirá en un correo electrónico un enlace de internet personalizado, solo debe hacer clic en el enlace y seguir las instrucciones.

El icono "Ingresar a la Sesión" aparecerá 5 minutos antes de la hora en la que comienza el Webinar de hoy. Usted no podrá conectarse antes, deberá esperar a que aparezca el icono de "Ingresar a la Sesión".

**Enlace personalizado para ingresar al webinar de hoy**

Número de Confirmación:

Lista de los Webinars (para los cuales se ha registrado)

|          |
|----------|
| Lilly H  |
| Sesiones |

### 2. myCGS Versión 8.1

- En esta versión se ha mejorado la pantalla de la Elegibilidad del Beneficiario, para incluir más información acerca de los Episodios de Cuidado de Salud en el Hogar.
- Ahora tenemos disponible la siguiente información dentro de un periodo de 16 meses (un año antes y 4 meses después de la fecha seleccionada):
  - Fecha de inicio del episodio "Episode Start Date"
  - Fecha de terminación del episodio "Episode End Date"
  - Primera fecha de facturación "Earliest Billing Date (DOEBA)"
  - Ultima fecha de facturación "Latest Billing Date (DOLBA)"
  - Estatus del paciente "Patient Status"
  - Indicador NOA del paciente "Patient NOA Indicator"
  - NPI de la Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar "Home Health Agency NPI"

Home Health Episode Information

VIEW ALL RECORDS

| Episode Start Date: 01/27/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Episode End Date: 02/25/2023  |                                 |                       |                        |                        |            |            |                                 |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------|------------|---------------------------------|--|--|--|
| <table> <tr> <th>Earliest Billing Date (DOEBA)</th> <th>Latest Billing Date (DOLBA)</th> <th>Patient Status</th> <th>Patient NOA Indicator</th> <th>Home Health Agency NPI</th> </tr> <tr> <td>01/27/2023</td> <td>02/06/2023</td> <td>Discharged to home or self care</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Earliest Billing Date (DOEBA) | Latest Billing Date (DOLBA)     | Patient Status        | Patient NOA Indicator  | Home Health Agency NPI | 01/27/2023 | 02/06/2023 | Discharged to home or self care |  |  |  |
| Earliest Billing Date (DOEBA)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Latest Billing Date (DOLBA)   | Patient Status                  | Patient NOA Indicator | Home Health Agency NPI |                        |            |            |                                 |  |  |  |
| 01/27/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 02/06/2023                    | Discharged to home or self care |                       |                        |                        |            |            |                                 |  |  |  |

Episode Start Date: 12/28/2022

Episode End Date: 01/26/2023

DETAILS

For Home Health Agency Information access the NPI Registry

### 3. Uso del Modificador JZ

- El modificador JZ fue efectivo y de uso opcional para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de Enero 1, 2023; sin embargo, ahora se requiere su uso en las situaciones que se indican a continuación para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2023.
- Para fechas de servicio a partir de Julio 1, 2023, los proveedores deben agregar el modificador JZ a las líneas de la reclamación de medicamentos y productos biológicos de envases de dosis única que son administrados por el proveedor cuando no hay cantidades que no se hayan utilizado o hayan sido desechadas.
- A partir de Enero 1, 2024, los proveedores que dispensan, pero no administran medicamentos en envases de dosis única que se pagan por separado bajo la Parte B, deben usar el modificador JZ en la reclamación.
- Use el modificador JW al facturar cantidades no utilizadas y desechadas de medicamentos y productos biológicos de envases de dosis única administrados por el proveedor y documente la cantidad de medicamentos desechados en los expedientes de los beneficiarios de Medicare.
- Revise los Artículos de la Política correspondientes a las LCD de Bombas de Infusión Externa, Inmunoglobulina Intravenosa y Nebulizadores.
- Consulte la publicación de CMS acerca del uso del modificador JW y JZ en <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/hospitaloutpatientpps/downloads/jw-modifier-fags.pdf>

### 4. Cambios en los Modificadores y en el “Competitive Bidding” para las Ortesis Espinales y las Ortesis de Rodilla Nuevo

- Para fechas de servicio a partir de Enero 1, 2024, los proveedores ya no pueden usar los modificadores KV, J4 y J5 para las órtesis para espalda y para las rodillas. Los médicos y otros profesionales tratantes, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y proveedores hospitalarios utilizaron estos modificadores durante la Ronda 2021 del Programa del “Competitive Bidding” (CBP) del DMEPOS.
- Este cambio es el resultado de la interrupción temporal del “Competitive Bidding”. Todos los contratos CBP de la Ronda de Medicare 2021 para órtesis para espalda y rodillas vencieron el Diciembre 31, 2023. A partir de Enero 1, 2024, habrá una interrupción temporal en el programa. Todos los proveedores de DMEPOS inscritos en Medicare pueden proporcionar artículos DMEPOS a los beneficiarios de Medicare durante el período de interrupción temporal de CBP.
- Si durante este periodo de interrupción temporal usted va a entregar un HCPCS L0648, L0650, L1832, L1833, L1851, debe enviar una solicitud de pre-autorización. Si un beneficiario necesita la órtesis antes del plazo acelerado de 2 días, puede usar el modificador ST. Utilice el modificador ST para excepciones de la pre-autorización debido a afecciones agudas o de emergencia.
- Los siguientes códigos HCPCS requieren de Orden Escrita Antes de la Entrega o WOPD y Encuentro Cara a Cara: L0648, L0650, L1833 y L1851

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

**Ortesis AFO/KAFO.** Efectivo 02/01/2021

- Artículo de la Política
  - Agregado:
    - Las adiciones fabricadas a la medida son apropiadas solo para ortesis fabricadas a la medida y no deben facturarse con órtesis prefabricadas

- “Entrenamiento especializado” y la definición correspondiente
- Descripción de las ortesis fabricadas a la medida, fabricación a la medida del modelo del paciente y modelo positivo del paciente
- Información relacionada con la codificación de una ortesis prefabricada cuando el conjunto de códigos HCPCS correspondiente no está disponible y el código HCPCS único describe un artículo hecho a medida, incluyendo “Codificar el producto usando el código HCPCS único, si el producto se hizo a la medida en el momento de la entrega al beneficiario” y “Codificar el producto utilizando un código HCPCS diverso, si el producto no fue personalizado en el momento de la entrega al beneficiario y en cambio, se proporcionó como OTS al beneficiario”. El código HCPCS misceláneo para la facturación de AFO y KAFO es el código HCPCS L2999”. (Efectivo Marzo 11, 2021)
- Información de pautas de codificación para los códigos HCPCS L2034, L2036, L2200, L2210, L2220, L2280, L2330 y L2820
- Removido
  - Descripción de las ortesis prefabricadas y fabricadas a la medida
  - “Sin embargo, para ciertos tipos de ortesis, la descripción del código HCPCS que mejor describe el artículo no hace una distinción entre ortesis prefabricadas que se proporcionan a la medida u OTS. Estas descripciones de los códigos son correctas y deben usarse para la facturación a Medicare, independientemente de cómo se proporcione el producto al beneficiario en la entrega final”. (Efectivo Marzo 11, 2021)
  - Ejemplo L4360, L4361, L4386, L4387, L4396 y L4397 de la frase que corresponde a los sets de códigos HCPCS y se agregaron a la tabla que corresponde a los sets de códigos
  - Lenguaje que hacía referencia a los códigos HCPCS que describen ortesis prefabricadas y fabricadas a medida y el lenguaje que se refería a los códigos HCPCS que describen las ortesis que se usan cuando un beneficiario es ambulatorio, no ambulatorio o mínimamente ambulatorio
  - Información acerca de los modificadores RT y LT y se colocó en la sección de “CODING GUIDELINES”
- Revisado
  - Se cambió “este auto ajuste no requiere los servicio de un ortesista certificado ni de una persona con entrenamiento especializado” a “este auto ajuste no requiere los servicio de un ortesista certificado ni de una persona con entrenamiento especializado (como se define en la sección de “Coding Guidelines”)
  - Se incluyo el código L1900
  - Se cambió “esta información será corroborada por la evaluación funcional en el expediente del ortesista o protesista” a “esta información será corroborada por la evaluación funcional en los expedientes del ortesista y el método de fabricación personalizado debe cumplir con los Estándares de Calidad del DMEPOS, Apéndice C”.

#### **Ortesis de Rodilla. Efectivo 07/20/2023**

- Artículo de la Política
  - Removido
    - Lenguaje que describe ortesis prefabricadas y fabricadas a medida
    - Lenguaje acerca del tiempo razonable de vida útil (RUL) y la tabla de códigos de órtesis de rodilla con pautas para la RUL y se agregó a la sección de “CODING GUIDELINES”
    - Lenguaje relacionado con la falta de cobertura de las adiciones codificadas con “L” cuando la ortesis base no está cubierta
    - Las fundas de las órtesis (A9270) utilizadas junto con ortesis no están cubiertas porque no se usan para sostener un miembro del cuerpo débil o deformado ni para restringir o eliminar el movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada (es decir, no cumplen con la definición de ortesis)
    - Información acerca de reparaciones
    - Información acerca de los modificadores RT y LT y se colocó en la sección “CODING GUIDELINES”
    - “Sin embargo, para ciertos tipos de ortesis, la descripción del código HCPCS que mejor describe el artículo no hace una distinción entre ortesis prefabricadas que se proporcionan a la medida u OTS. Estas descripciones de los códigos son correctas y deben usarse para la facturación a

Medicare, independientemente de cómo se proporcione el producto al beneficiario en la entrega final". (Efectivo Marzo 11, 2021)

- Agregado:
  - “El proveedor debe incluir en la línea de la reclamación el(los) código(s) de diagnóstico para los códigos HCPCS L1830, L1831, L1832, L1833, L1834, L1836, L1840, L1843, L1844, L1845, L1846, L1850, L1851, L1852 y L1860.
  - Para una ortesis fabricada a medida, debe haber documentación en los expedientes del proveedor que respalde la necesidad médica de ese tipo de artículo en lugar de una ortesis prefabricada y debe estar disponible si se solicita
  - Las adiciones fabricadas a la medida son apropiadas solo para ortesis fabricadas a la medida y no deben facturarse con órtesis prefabricadas
  - Lenguaje actualizado que describe las ortesis fabricadas a medida, la fabricación personalizada moldeada según el modelo del paciente y el modelo positivo del paciente
  - El uso de CAD/CAM o tecnología similar para crear una ortesis sin un modelo positivo del paciente se considera un ajuste personalizado si el ajuste final en el momento de la entrega al paciente requiere más que un autoajuste mínimo que requiere experiencia como se describe en esta sección
  - Información relacionada con la codificación de una ortesis prefabricada cuando el conjunto de códigos HCPCS correspondiente no está disponible y el código HCPCS único describe un artículo hecho a medida, incluyendo "Codificar el producto usando el código HCPCS único, si el producto se hizo a la medida en el momento de la entrega al beneficiario" y "Codificar el producto utilizando un código HCPCS diverso, si el producto no fue personalizado en el momento de la entrega al beneficiario y en cambio, se proporcionó como OTS al beneficiario". El código HCPCS misceláneo para la facturación de Ortesis de Rodilla es el código HCPCS L2999 (Efectivo Marzo 11, 2021)
  - Algunos artículos de reemplazo tienen códigos únicos del Sistema de Codificación De Procedimientos Comunes De Atención Médica (HCPCS). Los componentes de reemplazo que no tienen un código HCPCS único deben facturarse con un código "no especificado de otra manera": L2999. Los artículos que tienen códigos únicos no deben facturarse utilizando un código NOC
- Revisado:
  - Se cambió "Médico que prescribe" a "Médico tratante"
  - Se cambió "esta información será corroborada por la evaluación funcional en el expediente del ortesista o protesista" a "esta información será corroborada por la evaluación funcional en los expedientes del ortesista y el método de fabricación personalizado debe cumplir con los Estándares de Calidad del DMEPOS, Apéndice C"
  - Se cambió de "Más que un mínimo autoajuste se define como los cambios realizados para lograr un ajuste individualizado del artículo que requiere la experiencia de un ortesista certificado o de una persona que tenga capacitación especializada en el suministro de órtesis de conformidad con todas las regulaciones y licencias federales y estatales aplicables" a "a "A diferencia del "autoajuste mínimo", "más que un mínimo autoajuste" se define como los cambios realizados para lograr un ajuste individualizado durante la adaptación final en el momento de la entrega del artículo que requiere la experiencia de un ortesista certificado o de una persona que tenga capacitación especializada en el suministro de órtesis de conformidad con todos los requisitos regulatorios y de licencia federales y estatales aplicables
  - Se cambió de "No es médicamente necesario" a "No es razonable ni necesario" con respecto a las cuatro (4) categorías en las que se agrupan los códigos de las adiciones
  - Se cambió de "dynamic adjustable knee extension/flexion device" a "dynamic adjustable knee extension/flexion device, includes soft interface material"

#### **Ortesis Espinales TLSO y LSO. Efectivo 07/07/2022**

- Artículo de la Política
  - Agregado
    - Lenguaje actualizado que describe las ortesis fabricadas a medida, la fabricación personalizada moldeada según el modelo del paciente y el modelo positivo del paciente
    - “Entrenamiento Especializado” y la definición de entrenamiento especializado

- El uso de CAD/CAM o tecnología similar para crear una ortesis sin un modelo positivo del paciente se considera un ajuste personalizado si el ajuste final en el momento de la entrega al paciente requiere más que un autoajuste mínimo que requiere experiencia como se describe en esta sección
- Códigos HCPCS L0454, L0455, L0456, L0457, L0466, L0467, L0468, L0469, L0626, L0641, L0627, L0642, L0630, L0643, L0631, L0648, L0633, L0649, L0637, L0650, L0639 y L0651 a la tabla que pertenece a los sets correspondientes de los códigos HCPCS
- Información relacionada con la codificación de una ortesis prefabricada cuando el conjunto de códigos HCPCS correspondiente no está disponible y el código HCPCS único describe un artículo hecho a medida, incluyendo "Codificar el producto usando el código HCPCS único, si el producto se hizo a la medida en el momento de la entrega al beneficiario" y "Codificar el producto utilizando un código HCPCS diverso, si el producto no fue personalizado en el momento de la entrega al beneficiario y en cambio, se proporcionó como OTS al beneficiario". El código HCPCS misceláneo para la facturación de Ortesis Espinal es el código HCPCS L1499 (Efectivo Marzo 11, 2021)
- Removido
  - Lenguaje que describe ortesis prefabricadas y fabricadas a medida
  - "Sin embargo, para ciertos tipos de ortesis, la descripción del código HCPCS que mejor describe el artículo no hace una distinción entre ortesis prefabricadas que se proporcionan a la medida u OTS. Estas descripciones de los códigos son correctas y deben usarse para la facturación a Medicare, independientemente de cómo se proporcione el producto al beneficiario en la entrega final". (Efectivo Marzo 11, 2021)
- Revisado
  - Se cambió "este auto ajuste no requiere los servicio de un ortesista certificado ni de una persona con entrenamiento especializado" a "este auto ajuste no requiere los servicio de un ortesista certificado ni de una persona con entrenamiento especializado (como se define en la sección de "Coding Guidelines")
  - Se cambió "esta información será corroborada por la evaluación funcional en el expediente del ortesista o protesista" a "esta información será corroborada por la evaluación funcional en los expedientes del ortesista y el método de fabricación personalizado debe cumplir con los Estándares de Calidad del DMEPOS, Apéndice C"

**Nutrición Enteral, Prótesis Externas para Seno, Bombas de Infusión Externa, Monitores para la Glucosa, Medicamentos Inmunosupresores, Inmunoglobulina Intravenosa, Prótesis de Extremidad Inferior, Nebulizadores, Bombas de Presión Negativa para Heridas, Medicamentos Orales Anti Cáncer, Medicamentos Orales Antieméticos, Estimuladores de la Osteogénesis, Suministros para Ostomía, Nutrición Parenteral, Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea para Tratamiento de la Apnea del Sueño (PAP), Equipos de Asistencia Respiratoria, Bombas de Succión, Apósitos Quirúrgicos, Suministros para el Cuidado de Traqueostomía, TENS y Suministros Urológicos.** Efectivo 01/01/2024

- LCD
  - Agregado
    - "y documentar una respuesta afirmativa" al lenguaje relacionado con el contacto con el beneficiario o el cuidador/persona designada para los artículos de DMEPOS suministrados como resurtidos
  - Revisado
    - Se cambió "acercándose al agotamiento" por "se espera que termine" con respecto a los suministros existentes
    - Se cambió "El contacto con el beneficiario o persona designada con respecto a los resurtidos debe realizarse no antes de 14 días calendario antes de la fecha de entrega/envío" por "El contacto con el beneficiario o persona designada con respecto a los resurtidos debe tener lugar no antes de 30 días calendario antes del final esperado del suministro actual"
    - Se cambió "Para la entrega de los resurtidos, el proveedor debe entregar el producto de DMEPOS no antes de 10 días calendario antes del final del uso del producto actual" por "Para la

entrega de resurtidos, el proveedor debe entregar el producto de DMEPOS no antes de 10 días calendario antes del final esperado del suministro actual”

**Artículo de Requisitos Estándar de Documentación para Todas las Reclamaciones Enviadas al DME MAC.** Efectivo 01/01/2024

- Artículo #A55417
  - Agregado
    - Sección de documentación del resurtido: “individualizado para el beneficiario (es decir, el beneficiario o su cuidador/designado afirma la necesidad del resurtido) y documentado en el expediente. Medicare no recomienda el modo de comunicación utilizado para recopilar la información. Por ejemplo, la comunicación de la solicitud de resurtido se puede realizar a través de mensajes de texto automatizados o correo electrónico siempre que se capture cada aspecto requerido de la solicitud de resurtido”
    - Sección de documentación del resurtido: “Documentación de la respuesta afirmativa que indique la necesidad del resurtido” según la regla final de CMS CMS-1780-F
  - Removido
    - Sección de documentación del resurtido: “ya sea un documento escrito recibido del beneficiario o un registro escrito contemporáneo de una conversación/contacto telefónico entre el proveedor y el beneficiario”
    - Sección de documentación del resurtido: “Para los suministros consumibles, es decir, aquellos que se agotan después del uso (por ejemplo, suministros para ostomía o urología, apósitos quirúrgicos, etc.), el proveedor debe evaluar la cantidad de cada artículo que aún le queda al beneficiario para documentar que la cantidad restante estará casi agotada en o alrededor de la fecha del aniversario del suministro”. De acuerdo con la regla final de CMS CMS-1780-F
    - Sección de documentación del resurtido: “Para los suministros no consumibles, es decir, aquellos artículos más duraderos que no se agotan pero que pueden necesitar un reemplazo periódico (por ejemplo, suministros PAP y RAD), el proveedor debe evaluar si los suministros siguen funcionando, proporcionando reemplazo solo cuando los artículos ya no pueden funcionar. El proveedor debe documentar la condición funcional de los artículos que se están resurtiendo con suficiente detalle para demostrar la causa de la disfunción que requiere reemplazo”. De acuerdo con la regla final de CMS CMS-1780-F
  - Revisado
    - Acerca de los documentos producidos por el proveedor se reemplazó "Los registros producidos por el proveedor, incluso si están firmados por el médico tratante y las cartas de certificación (por ejemplo, cartas de necesidad médica) no se consideran parte de un expediente médico para fines de pago de Medicare" por "Las declaraciones preparadas por el proveedor y los certificados médicos por sí solos no proporcionan documentación suficiente de necesidad médica, incluso si están firmados por el médico que realiza la orden".

**Prótesis de Extremidad Inferior.** Efectivo 01/01/2024

- LCD
  - Agregado: Códigos L5615 y L5926
- Artículo de la Política
  - Agregado: Información de las guías de codificación para los códigos L5615 y L5926

**Vehículos Motorizados de Movilidad.** Efectivo 05/16/2023

- Artículo de la Política
  - Revisado:
    - Se cambio la definición de “No opciones eléctricas: Una categoría de PWC a la que no se puede acomodar un sistema eléctrico de inclinación, reclinación, elevación del asiento o sistema para ponerse de pie. Si una PWC solo puede aceptar reposapiernas con elevación eléctrica, se considera una silla sin opciones eléctricas" a "No opciones eléctricas: Una categoría de PWC a la que no se puede acomodar un sistema eléctrico de inclinación, reclinación o posición de pie. Si una PWC solo puede aceptar reposapiernas con elevación eléctrica y/o elevación del asiento, se considera una silla sin opciones eléctricas”

- Grupo 2 sin información de PWC con opción eléctrica, se eliminó la "elevación del asiento" de las opciones que la PWC no puede acomodar
- Revisado: Grupo 3 y 4 sin información de PWC con opción eléctrica, se eliminó la "elevación del asiento" de las opciones que la PWC no puede acomodar



## Educación en Español Programada para este Mes (10:30 am Hora de Puerto Rico, 9:30 am EST y 8:30 am CST)

- **Enero 18: Camas Hospitalarias y Accesorios**
- **Enero 23: Nutrición Enteral y Parenteral**
- **Enero 25: Sillas de Ruedas, Accesorios y Opciones**

**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. **Diciembre 8: “Lymphedema Compression Treatment Items – Correct Coding and Billing”** En esta publicación se les recuerda a los proveedores que efectivo Enero 1, 2024. Las prendas de compresión, los suministros y accesorios relacionados están cubiertos únicamente para el tratamiento del linfedema (consulte los Códigos ICD-10-CM que respaldan la necesidad médica).

Se autorizan tres (3) prendas para el día por área del cuerpo una vez cada seis (6) meses, dos (2) prendas para la noche por área del cuerpo una vez cada dos (2) años o 24 meses. El reemplazo de las prendas sólo podrá realizarse de acuerdo con las limitaciones de frecuencia de una vez cada seis (6) meses para prendas o para el día y una vez cada dos (2) años para prendas para la noche.

Las reclamaciones por prendas o envolturas de compresión facturadas en exceso de las limitaciones de frecuencia descritas anteriormente se rechazarán por no ser razonables y necesarias, a menos de que sean necesarios reemplazos en casos de pérdida, robo o daño irreparable. Además, se puede realizar el pago por un nuevo conjunto de prendas si se determina que es razonable y necesario debido a un cambio en la condición médica o física del beneficiario que justifica un nuevo tamaño o tipo de prenda. El pago se realiza por el reemplazo de un juego completo nuevo de tres prendas de día y/o dos prendas de noche en casos de pérdida, robo, daño irreparable o cambio en la condición médica o física y la frecuencia de reemplazo de seis meses y/o dos años comienza de nuevo en el momento en que se suministran los artículos de reemplazo.

Medicare cubre prendas de compresión a la medida (personalizadas o no estándar). Las prendas de compresión ajustadas a la medida tienen un tamaño y una forma únicos para adaptarse a las dimensiones exactas de la extremidad afectada de un individuo para proporcionar una compresión de gradiente precisa para tratar el linfedema. Ejemplos de escenarios en los que se podría utilizar una prenda de compresión ajustada a medida (entre otros) son:

- Circunferencia de la porción proximal del miembro es significativamente mayor que la del miembro distal
- La piel/tejido tiene pliegues o contornos que requieren un tipo específico de patrón de tejido
- El beneficiario no puede tolerar la composición del tejido de una prenda estándar

Debe haber documentación en el expediente médico del beneficiario que requiera el uso de una prenda de compresión ajustada a la medida en lugar de una prenda de compresión estándar disponible en el mercado. El historial médico del paciente no se limita a los expedientes de la oficina del médico. Puede incluir notas de hospitales, hogares de ancianos o HHA y registros de otros profesionales de la salud, como profesionales de tratamiento del linfedema. Esta documentación debe estar disponible cuando el DME MAC la solicite.

Los suministros de vendajes de compresión proporcionados durante la Fase 1 (terapia aguda o descongestiva) y la Fase 2 (fase de mantenimiento de la terapia) están cubiertos cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento del linfedema. Los terapeutas y otros proveedores que suministren sistemas de vendaje deben ser proveedores inscritos como proveedores de DMEPOS para poder recibir pago por suministrar estos artículos. La justificación de la cantidad de suministros necesarios y la frecuencia de reemplazo debe documentarse en el expediente médico del beneficiario y ponerse a disposición del DME MAC cuando se solicite.

Los accesorios (por ejemplo, cremalleras, forros, acolchados o rellenos, etc.) necesarios para el uso eficaz de un artículo de tratamiento de compresión para el linfedema están cubiertos cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento del linfedema. La justificación de la cantidad de suministros necesarios y la frecuencia de reemplazo debe documentarse en el expediente médico del beneficiario y ponerse a disposición del DME MAC cuando se solicite.

El pago de todos los servicios necesarios asociados con el suministro de prendas y envolturas de compresión, incluidos el ajuste y las medidas, está incluido en los montos de pago realizados al proveedor del artículo.

Los siguientes códigos requieren modificador RT o LT A6520, A6521, A6522, A6523, A6524, A6525, A6526, A6527, A6530, A6533, A6534, A6535, A6552, A6553, A6554, A6555, A6556, A6557, A6558, A6565, A6572, A6573, A6574, A6575, A6576, A6577, A6578, A6579, A6580, A6581, A6582, A6583, A6584, A6585, A6586, A6587, A6588, A6594, A6595 y A6610. El modificador RA solo debe usarse para reemplazo por pérdida, robo o daño irreparable

Para obtener la información acerca de ellos códigos ICD-10 y HCPCS consulte esta publicación.

- 2. Diciembre 21: “Providing Orthoses Prior to Surgery – Reminder”** En esta publicación se les recuerda a los proveedores que las órtesis proporcionadas antes del inicio de la necesidad médica (por ejemplo, antes de la cirugía) no cumplirán con los criterios de cobertura. Después de la cirugía, si hay documentación de la necesidad médica de la órtesis, puede proporcionar el artículo, teniendo en cuenta que existen muchas otras reglas de pago relacionadas con la reclamación.

Para las órtesis que requieren pre-autorización (PA) (L0648, L0450, L1832, L1833 y L1851), no envíe las solicitudes de PA antes del inicio de la necesidad médica (por ejemplo, antes de la cirugía). Después de la cirugía, si la documentación del expediente médico muestra que hay necesidad urgente de las órtesis, puede presentar una solicitud acelerada. Si la solicitud acelerada no es una opción factible, agregue el modificador ST a la reclamación para evitar la necesidad de enviar la solicitud de PA. Las reclamaciones presentadas con el modificador ST están sujetas a revisión prepago.

Todas las ortesis están sujetas al sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios en el hospital (OPPS) y a las estadías cubiertas por la Parte A incluidas en la tarifa del centro de enfermería especializada (SNF) y en el sistema de pago prospectivo del hospital (PPS).

Para más información consulte esta publicación.

- 3. Diciembre 28: “PureWick Urine Collection System – Coding and Billing Instructions – Revised”** En esta publicación se les informa a los proveedores que en el 2020, al PureWick Urine Collection System™ fabricado por Becton-Dickinson (BD) se le asignó un nuevo código HCPCS: K1006, efectivo a partir de Octubre 1, 2020 hasta Diciembre 31, 2023. Para fechas de servicio (DOS) a partir de Enero 1 2024, los

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) asignaron este artículo a un nuevo código HCPCS: E2001.

El sistema contiene cinco componentes según lo descrito por el fabricante: Una bomba de succión de orina, un recipiente recolector de orina, tubería desde el recipiente de recolección hasta la bomba de succión, tubería desde el recipiente de recolección hasta el catéter externo y un dispositivo externo de recolección de orina.

Efectivo para fechas de servicio a partir de Octubre 1, 2020 hasta el Diciembre 31, 2023, el código HCPCS para usar al facturar la bomba de succión de orina es: K1006 (bomba de succión, modelo doméstico, portátil o estacionario, eléctrica, cualquier tipo, para uso con sistema de manejo de orina externo)

A partir de Enero 1 de 2024, el código HCPCS que se utilizará al facturar la bomba de succión de orina, efectivo para las fechas de servicio a partir de Enero 1, 2024, es: E2001 (bomba de succión, modelo doméstico, portátil o estacionario, eléctrica, cualquier tipo, para uso con sistema de manejo de orina externo)

Efectivo para fechas de servicio a partir de Septiembre 23, 2021 hasta Marzo 31, 2023, el código HCPCS que se utilizará al facturar los accesorios es: A9999 (suministro o accesorio DME varios, no especificados de otra manera). Debe usarse para el recipiente de recolección, colectores, tubería y colector externo de orina.

A partir de las fechas de servicio de Abril 1, 2023, los códigos HCPCS que se utilizarán al facturar los accesorios son:

- A6590 (external urinary catheters; disposable, with wicking material, for use with suction pump, per month)
- A7001 (canister, non-disposable, used with suction pump, each)
- A7002 (tubing, used with suction pump, each)

Para más información consulte esta publicación.

4. **Diciembre 28: “HCPCS Codes K1018 and K1019 – Correct Coding – Revised ”** En esta publicación se les informa a los proveedores que, efectivo para las fechas de servicio a partir de Abril 1, 2021 hasta Diciembre 31, 2023, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid crearon dos nuevos códigos HCPCS K1018 y K1019. (K1018 – external upper limb tremor stimulator of the peripheral nerves of the wrist, K1019 – supplies and accessories for external upper limb tremor stimulator of the peripheral nerves of the wrist).

El código K1018 describe los dispositivos que estimulan los nervios periféricos para tratar el temblor esencial. Los dispositivos y suministros asociados son específicos para cada extremidad (es decir, extremidad superior derecha o izquierda); por lo tanto, los modificadores RT (derecho) y LT (izquierdo) deben usarse cuando se facturan los códigos K1018 y K1019. Al facturar los modificadores RT y LT en la misma reclamación, se deben usar líneas separadas.

Para las reclamaciones con fechas de servicio (DOS) a partir de Febrero 1, 2022 hasta Septiembre 30, 2022, K1018 debe facturarse con el modificador RT o LT y el modificador NU (nuevo), UE (usado) o RR (renta). Los modificadores NU, UE y RR no son necesarios para el código K1019.

Para las reclamaciones con DOS a partir de Octubre 1, 2022 hasta Diciembre 31, 2023, el K1018 debe facturarse con el modificador RT o LT y el modificador RR (renta), junto con el KH (primer mes de renta), KI (segundo y tercer mes de renta) o KJ (del cuarto al decimotercer mes de renta).

Para más información consulte esta publicación.

5. **Diciembre 28: “Powered Lower Extremity Exoskeleton – Correct Coding”** En esta publicación se les informa a los proveedores que, en Noviembre 13, 2023, CMS publicó la regla final CMS-1780-F. A partir de Enero 1, 2024, se codifica la definición de Medicare de aparato ortopédico según las regulaciones contenidas en la 42 CFR 410.2. Esta regla establece que los dispositivos de exoesqueleto motorizados que sostienen los brazos o piernas débiles de un paciente se clasifican como órtesis debido a su uso para estabilizar, posicionar, soportar y restaurar las funciones de las extremidades débiles del paciente. Los dispositivos de exoesqueleto motorizados para las extremidades inferiores apoyan las piernas débiles de un paciente para que pueda realizar funciones ambulatorias usando el dispositivo. La deambulaci3n puede

incluir la ayuda de un bastón, muletas o un andador para regresar a las actividades de movilidad de la vida diaria.

El código K1007(dispositivo bilateral de cadera, rodilla, tobillo, pie, motorizado, incluye componente pélvico, montantes verticales simples o dobles, articulaciones de rodilla de cualquier tipo, con o sin articulaciones de tobillo de cualquier tipo, incluye todos los componentes y accesorios, motores, microprocesadores, sensores), describe a un dispositivo portátil, motorizado y computarizado, que funciona como un exoesqueleto vertical simple o doble de cadera, rodilla, tobillo y pie controlado por microprocesador. Integra sensores de movimiento, un sistema de microprocesador integrado y un marco de exoesqueleto, diseñado para soportar y mejorar los movimientos naturales de las extremidades al caminar. No hay códigos complementarios adicionales para este dispositivo y se ajusta a la medida según los estándares de calidad DMEPOS, Apéndice C.

Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de Junio 1, 2024, los únicos productos que pueden facturarse utilizando el código HCPCS K1007 son aquellos que han recibido una revisión de verificación de código obligatoria y están incluidos en la Lista de Clasificación de Productos del PDAC.

Actualmente hay un producto codificado por CMS como resultado de la reunión pública para los HCPCS y de la implementación de la regla final. Este producto es el Rewalk™ de Argo Technologies y está codificado como K1007.

Para más información consulte esta publicación

6. **Diciembre 28: “Powered Upper Extremity Exoskeleton – Correct Coding”** En esta publicación se les informa a los proveedores que, en Noviembre 13, 2023, CMS publicó la regla final CMS-1780-F. A partir de Enero 1, 2024, se codifica la definición de Medicare de aparato ortopédico según las regulaciones contenidas en la 42 CFR 410.2. Esta regla establece que los dispositivos de exoesqueleto motorizados que sostienen los brazos o piernas débiles de un paciente se clasifican como órtesis debido a su uso para estabilizar, posicionar, soportar y restaurar las funciones de las extremidades débiles del paciente. Los dispositivos de exoesqueleto motorizados para las extremidades superiores se utilizan para la debilidad crónica de las extremidades superiores. Estas órtesis fabricadas a la medida se utilizan para apoyar y ayudar al movimiento, promoviendo así las actividades funcionales de la vida diaria.

El L8701 (dispositivo eléctrico de asistencia al rango de movimiento de las extremidades superiores, codo, muñeca, mano con montantes simples o dobles, incluye microprocesador, sensores, todos los componentes y accesorios, fabricado a medida) describe un codo mio-eléctrico vertical simple o doble, fabricado a la medida y un dispositivo de muñeca y mano. En el código se incluye una función de control por microprocesador ajustable que utiliza señales de electromiografía (EMG). Estas señales se derivan del tejido muscular intacto que controla a los motores y dan como resultado el soporte y el movimiento de la extremidad mediante un movimiento funcional. El dispositivo fabricado a medida puede construirse a partir de materiales termoendurecibles, termoplásticos o materiales de tipo compuesto. No hay códigos complementarios adicionales para este dispositivo y está fabricado a la medida según los estándares de calidad de DMEPOS, Apéndice C.

El L8702 (dispositivo eléctrico de asistencia para el rango de movimiento de las extremidades superiores, codo, muñeca, mano, dedo, montantes simples o dobles, incluye microprocesador, sensores, todos los componentes y accesorios, fabricados a medida) describe un codo mio-eléctrico vertical simple o doble fabricado a medida y un dispositivo para muñeca, mano y dedo. En el código se incluye una función de control por microprocesador ajustable que utiliza señales de electromiografía (EMG). Estas señales se derivan del tejido muscular intacto que controla a los motores y dan como resultado el soporte y el movimiento de la extremidad mediante un movimiento funcional. El dispositivo fabricado a medida puede construirse a partir de materiales termoendurecibles, termoplásticos o materiales de tipo compuesto. No hay códigos complementarios adicionales para este dispositivo y está fabricado a la medida según los estándares de calidad de DMEPOS, Apéndice C.

Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de Junio 1, 2024, los únicos productos que pueden facturarse utilizando los códigos HCPCS L8701 and L8702 son aquellos que han recibido una revisión de verificación de código obligatoria y están incluidos en la Lista de Clasificación de Productos del PDAC.

Actualmente los productos codificados por CMS como resultado de la reunión pública para los HCPCS y de la implementación de la regla final son MyoPro 2® Motion E y Motion W codificados como L8701 y MyoPro 2® Motion G codificado como L8702.

Para más información consulte esta publicación

- 7. Diciembre 28: “Fee Schedules”** En esta publicación se les informa a los proveedores que las tarifas de DMEPOS para el primer trimestre del 2024 ya están disponibles.

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](mailto: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](mailto: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.



© Derechos de Autor 2024, CGS Administrators, LLC