

# NOTICIAS DEL MES

— MARZO 2018 —



## Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

### 1. Artículos de la Política

#### Medicamentos Orales Antieméticos

- Se agregaron nuevos códigos ICD-10
- Los códigos ICD-10 C96.2, D47.0 no son válidos a partir de Septiembre 30 del 2017

### 2. Sección de Abreviaturas

Ahora encuentra en nuestra página de internet en la sección de envío de reclamaciones (Claim submission) un listado con todas las abreviaturas que usted puede usar en sus reclamaciones en el segmento NTE 2400 o NTE 2300 o en la casilla 19 de la reclamación en papel en el formulario CMS 1500.

<https://www.cqsmedicare.com/c/claims/abbreviations.html>

### 3. Calculadora para el plazo de las Apelaciones

La calculadora para el plazo que usted tiene para enviar una solicitud de Redeterminación o Reconsideración, ha sido actualizada. Esta herramienta le permite enviar su solicitud a tiempo.

### 4. Reporte de Denegaciones del Cuarto Trimestre del 2017

#### Medicamentos Inhalados para Nebulizar J7605, J7606, J7613, J7620 y J7626

Denegación Actual: J7605, J7606, J7626: 79 %;

Denegación del Trimestre Anterior: J7605, J7606, J7626: 81 %;

#### Razones de Denegación

- a) No se envió la orden escrita detallada
- b) No se envió el expediente médico
- c) No se incluyó una solicitud de resurtido válida
- d) No hay evidencia en los expedientes médicos de que el medicamento ordenado sea parte del plan de tratamiento del médico
- e) Ni la orden escrita detallada ni los expedientes médicos confirman que el medicamento esté siendo administrado con un nebulizador
- f) El número de unidades en la reclamación es mayor del número máximo autorizado por la LCD
- g) El número de unidades facturadas es mayor al número de unidades ordenadas por el médico para ese periodo de tiempo
- h) La carta de solicitud de documentación fue devuelta y no incluía ninguno de los documentos solicitados
- i) El expediente médico no está firmado por el autor

***Silla de Ruedas K0004 y K0003***

**Denegación Actual K0004:** 74 % **Denegación del Trimestre Anterior:** 84 %

**Denegación Actual K0003:** 94 % **Denegación del Trimestre Anterior:** 96 %

**Razones de Denegación**

- a) El expediente médico no demuestra que el uso de la silla de ruedas manual mejorará significativamente la capacidad el beneficiario de participar en la actividades de la vida diaria en el hogar y que requieren movimiento
- b) El expediente médico no documenta que el beneficiario tenga la funcionalidad suficiente en las extremidades superiores y otras facultades físicas y mentales necesarias para impulsar por sí mismo la silla de ruedas manual en un día típico o tiene una persona que lo cuida, la cual está disponible, tiene la voluntad y es capaz de brindar la ayuda necesaria con la silla de ruedas
- c) El expediente médico no demuestra que el beneficiario cumpla con los dos requisitos específicos de cobertura de la silla K0003, el beneficiario no puede impulsarse en una silla de ruedas estándar en la casa y el beneficiario puede y se impulsa por sí mismo en una silla de ruedas liviana
- d) No se envió la valoración de la casa
- e) La firma del beneficiario indicando la prueba de entrega es anterior a la fecha de servicio
- f) No se envió el expediente médico
- g) No se envió la copia del examen cara a cara realizado por el médico tratante dentro de los seis meses anteriores a la fecha de la orden
- h) La orden de los 5 elementos obtenida antes de la entrega no incluye el NPI del profesional

***Tacrolimus Oral J7507***

**Denegación Actual:** 48 % **Denegación del Trimestre Anterior:** 61 %

**Razones de Denegación**

- a) No se envió la orden escrita detallada
- b) No se envió la prueba de entrega por el artículo facturado
- c) No se envió la solicitud de resurtido
- d) La documentación no incluye prueba del trasplante cubierto por Medicare
- e) La cantidad despachada excede a la cantidad necesaria para 30 días
- f) La orden escrita detallada es ilegible
- g) La prueba de entrega es ilegible
- h) El beneficiario estaba ingresado en el hospital para la fecha de servicio y la entrega no se hizo dentro de los dos días previos al alta y la fecha del alta no se usó como fecha de servicio
- i) La firma del médico en la orden escrita detallada no es legible o no cumple con los requisitos de CMS

***Concentrador de Oxígeno E1390***

**Denegación Actual:** 46 % **Denegación del Trimestre Anterior:** 48 %

**Razones de Denegación**

- a) Los expedientes médicos no hacen referencia a la enfermedad pulmonar severa o a los síntomas de hipoxia que se espera que mejoren con el oxígeno
- b) El expediente médico no demuestra que el estudio de gases se obtuvo mientras el beneficiario estaba en estado crónico estable
- c) Los expedientes médicos no hacen referencia al tratamiento que se dio para la condición que produce los síntomas de la hipoxia, el cual se descartó o no funcionó

- d) Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido obtenido durante el ejercicio
- e) El expediente médico no demuestra que el beneficiario fue valorado dentro de los 30 días anteriores a la fecha de la certificación inicial
- f) No se envió un CMN válido en el cual las secciones A y B han sido completadas adecuadamente y lleva la firma y la fecha de firma del profesional
- g) Los expedientes médicos no están firmados por el autor
- h) Los expedientes médicos no respaldan una saturación de O2 válida, realizada durante el sueño, para los beneficiarios con OSA
- i) Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido obtenido durante el descanso
- j) El beneficiario estaba en el hospital para la fecha de servicio facturada, la entrega en la casa no ocurrió dentro de los dos días anteriores al alta y la fecha del alta no se usó como fecha de servicio

**CPAP (Primer mes de renta) E0601**

**Denegación Actual:** 43 % **Denegación del Trimestre Anterior:** 44 %

**Razones de Denegación**

- a) La orden escrita detallada no incluye la información detallada suficiente como para demostrar que el artículo entregado sea el artículo ordenado por el médico o es una plantilla
- b) El pago por cantidades de suministros que excedan las cantidades habituales, ha sido denegado por no haber documentación que demuestre que son razonables y necesarias
- c) La orden escrita detallada no tiene la descripción detallada del artículo
- d) Los expedientes médicos no incluyen el examen cara a cara que confirme el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño y realizado antes del estudio de sueño
- e) El expediente médico no incluye copia de la interpretación del estudio de sueño
- f) Se denegaron todos los accesorios por la falta de una orden médica antes de la entrega de los artículos
- g) El expediente médico no contiene la información suficiente para demostrar que se cumplen los criterios de cobertura
- h) La documentación no incluye la prueba de entrega del artículo facturado
- i) La reclamación es por remplazo del equipo después de cumplidos los 5 años del tiempo de vida razonable (RUL) y la documentación no incluye el examen cara a cara o la evaluación no confirma que el beneficiario continúe usando y beneficiándose con el uso del equipo

**Tirillas para medir la Glucosa en Sangre A4253**

**Denegación Actual:** 89 % **Denegación del Trimestre Anterior:** 92 %

**Razones de Denegación:**

- a) El expediente médico no documenta la razón específica de la necesidad de suministros adicionales
- b) No hay justificación de la necesidad de los suministros facturados por encima de las cantidades estipuladas en la política
- c) El expediente médico no establece que el médico tratante haya valorado al beneficiario para su control de la diabetes dentro de los seis meses anteriores, en el caso de que la cantidad ordenada exceda los lineamientos de utilización
- d) El registro de mediciones del beneficiario no demuestra que se está midiendo a la frecuencia que corresponde a la cantidad de suministros despachados
- e) No se envió el expediente médico
- f) No se envió la prueba de entrega

- g) Nuestros registros indican que se ha pagado total o parcialmente a este proveedor por los suministros correspondientes a este periodo de tiempo
- h) La fecha de la documentación del expediente médico es anterior al plazo de los seis meses anteriores, contados a partir de la fecha de servicio en revisión y el beneficiario está usando regularmente cantidades que exceden los lineamientos de utilización

## 5. Versión 4.2.2 de myCGS

En esta nueva versión CGS (entre otros):

- Ha hecho una mejora en el proceso del código de MFA (Multi-Factor Authentication). Ahora una vez usted solicite el código de MFA, este será válido hasta por 8 horas continuas después de generado. Esto significa que si hay un retraso para recibir el código, este aún estará válido por 8 horas y que no puede usarse después de transcurridas esas 8 horas.
- Incrementó la seguridad de la nueva contraseña que usted cree, ahora esta no podrá ser igual a los 13 contraseñas previas que usted haya creado.



## Educación en Español Programada para este Mes

- **Marzo 6** : **Nebulizadores y Medicamentos para Nebulizar**
- **Marzo 8**: **Superficies de Apoyo (Colchones)**
- **Marzo 13**: **Documentación General**
- **Marzo 15**: **Zapatos Ortopédicos**
- **Marzo 20**: **Camas Hospitalarias**
- **Marzo 22**: **Ortesis Vertebrales**
- **Marzo 27**: **Nuevas Tarjetas y Números de Medicare – Información actualizada**

**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



## 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. **Febrero 1: “Correct Coding-Inserts Used with Therapeutic Shoes for Persons with Diabetes (A5512, A5513, K0903)”** Esta es una publicación conjunta de los DME MAC. Las plantillas usadas para las personas con diabetes, deben cumplir con los criterios de la LCD y el Artículo de la Política, así como con los requisitos de fabricación de los Estándares de Calidad de DMEPOS, Apéndice A. El nuevo código HCPCS K0903 ha sido creado para describir las plantillas únicamente para personas con diabetes, hechas a la medida directamente talladas a partir de un modelo CAD rectificado del pie del beneficiario, creado a partir de una imagen digital escaneada. La imagen escaneada puede ser: Tomada directamente del pie del beneficiario o escaneada de un molde hecho del pie del beneficiario.

La facturación de este código requiere el Modificador KX. Para mayor información consulte esta publicación y el MLN Matters MM10436.

**2. Febrero 8: “Correct Coding-Warranty, Reasonable Useful Lifetime (RUL), and the Minimum Lifetime Requirement (MLR) for DME”** Esta es una publicación conjunta de los DME MAC. En este artículo se aclara la definición de los siguientes conceptos:

- a. MLR:** Tiempo mínimo requerido de vida útil, se usa para referirse al periodo de tres años de duración de uso repetido (durabilidad). Los artículos en renta requieren completa funcionalidad durante el periodo completo de MLR. Los artículos con un periodo de MLR menor a tres años no son elegibles para ser clasificados como DME
- b. RUL:** De acuerdo a Medicare puede hacerse el pago por el remplazo de un DME que se ha perdido o ha sido robado o dañado irreparablemente o ha cumplido el tiempo de vida útil (RUL) de cinco años. En general se establece que el tiempo de vida útil es de 5 años (42 CFR 414.210(f)), los cuales se calculan a partir de la fecha de entrega del equipo al beneficiario y no con base en la edad del equipo. La RUL se usa para determinar la frecuencia de pago del remplazo de un equipo de DME y no se declara explícitamente como el estándar del tiempo mínimo de vida útil
- c. Garantía:** Aunque Medicare no ha creado una definición oficial, la garantía se considera como la garantía del fabricante prometiendo reparar o remplazar el equipo cuando sea necesario durante un periodo de tiempo determinado. Los requisitos de la garantía están regulados por cada Estado y Medicare no especifica los requisitos de la garantía excepto para decir que las reparaciones y remplazos cubiertas por la garantía no son elegibles para pago. La cobertura de la garantía no se considera como sustituto del MLR.

Para mayor información consulte esta publicación.

**3. Febrero 8: “Implementation of Automating First Claim Review in Serial Claims for DMEPOS. MLN Matters MM10426”** Las reclamaciones en serie son aquellas que están muy relacionadas a otra reclamación, tanto que la misma decisión de pago debe ser aplicada a las reclamaciones por el mismo código HCPCS del mismo beneficiario. CMS planea implementar un sistema que le permite al DME MAC realizar una revisión médica compleja de una línea de la reclamación y con base en los resultados:

- Pagar las reclamaciones subsecuentes de la serie después de pasar las validaciones existentes O
- Denegar las reclamaciones subsecuentes a menos de que el proveedor proporcione documentación adicional que demuestre que los servicios son razonables y medicamente necesarios. Esta documentación adicional puede enviarse junto con la reclamación en papel o para las reclamaciones electrónicas a través del uso del segmento PWK y agregando la palabra “SERIAL” en el segmento NTE. (Para información acerca del segmento PWK consulte la publicación MLN MM7041). Para mayor información revise este artículo.

**4. Febrero 8: “Reinstating the QMB Indicator in the Medicare FFS Claims Processing System from CR9911. MM10433”** CMS volverá a incluir la información acerca del QMB en la notificación de la remesa, mostrando que el beneficiario no es responsable por el pago de las responsabilidades compartidas. Para mayor información revise este artículo.

**5. Febrero 15: “Billing Instruction- Oxygen CMN Question 5”** Esta es una publicación conjunta de los DME MAC. La pregunta 5 del CMN requiere que se ingrese la información acerca del flujo de oxígeno recetado. Las instrucciones del CMN piden que se escriba el mayor flujo de oxígeno recetado para este paciente en litros por minuto y si es menor de 1LPM ingrese una “x”. CMS recientemente ha hecho una aclaración relacionada con el pago cuando el LPM es menor de 1 o mayor de 4. Cuando hay diferencia entre el flujo recetado cuando está despierto y cuando está dormido (en la noche), se requiere que se reporte en la pregunta 5 el flujo de oxígeno calculado con base en el promedio entre el flujo recetado despierto y dormido.

Para revisar la lista de los modificadores que deben usarse para cumplir con este requisito y los diferentes escenarios que pueden presentarse al reportar la respuesta en la pregunta 5, consulte esta publicación así como también la publicación del MLN Matters MM10158.

**6. Febrero 22: “Correct Coding-Custom Fabricated Wheelchair Seat and Back Cushions”** En esta publicación encuentra los códigos HCPCS que debe usar para facturar los cojines del asiento y del espaldar hechos a la medida, así como también la descripción de las características de cada cojín para silla de ruedas.



## 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 “Education” bajo “Noticias en Español”*

1. **Listas de Chequeo de la Documentación:** Todas las listas de chequeo han sido actualizadas. Visite <https://www.cgsmedicare.com>
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](mailto:liliana.hewlett@cgsadmin.com).
3. **Educación Virtual:** *En proceso de Actualización*

En la página de Internet de CGS, <https://www.cgsmedicare.com> ...haga click en “JC DME” y en las opciones del lado izquierdo de su pantalla seleccione “Education” y después “Online Education Portal,” en el extremo superior derecho de su pantalla encuentra el ícono rojo “Español,” al hacer click sobre el ícono encontrará **18 cursos en español:** “Bienvenido a Medicare” que contiene 10 segmentos, “Fundamentos de Medicare,” “ABN,” “Documentación,” “Proceso del CERT,” “Uso de Modificadores y Códigos HCPCS,” “Sanitarios Portátiles,” “Codificación ICD-10,” “Caminadores,” y “Reparaciones y Mantenimiento”.

Aparecerá entonces la opción de crear su perfil o de ingresar su correo electrónico si ya lo ha hecho antes, una vez entre al menú de cursos, bajo la opción “DME MAC Courses,” seleccione “JC” y aparecerá una lista con los cursos en español al final de la lista de cursos en inglés. Haga click sobre el curso que desea tomar y por último click en “Launch this Course”

Tenga en cuenta que **NO tienen ningún costo y puede tomarlos todas las veces que lo considere necesario**



## ListServ

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C inscríbase a nuestro ListServ.
- Para hacerlo, ingrese al siguiente sitio de Internet: <https://www.cgsmedicare.com> “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 clic 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](mailto:liliana.hewlett@cgsadmin.com)**

*Este boletín 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 los Artículos publicados a los cuales hace referencia. Se les recomienda a los Proveedores de manera muy enfática, que consulten las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional, las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política 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 2018, CGS Administrators LLC

---