

NOTICIAS DEL MES

— MARZO 2024 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Taller en Español en San Juan

El Taller del DME en español en este año será en Abril 23 y 24. Tendremos dos sesiones diferentes durante las horas de la mañana.

- Martes 23: Documentación y Actualizaciones del DME, Monitores para la Glucosa y CGM, Camas Hospitalarias, Sillas de Ruedas Manuales y Grúas, Nebulizadores y Medicamentos para Nebulizar, Equipos de PAP, Zapatos para Diabéticos
- Miércoles 24: Documentación y Actualizaciones del DME, Prótesis para Extremidad Inferior, Ortesis de Rodilla (Rodilleras), Ortesis Espinales (Fajas para Espalda), Ortesis AFO/KAFO (Rodilla-Tobillo-Pie y Tobillo-Pie) y Zapatos Ortopédicos.

Las inscripciones se abrirán pronto. Como siempre no tendrá ningún costo para los asistentes, pues se realizará en las oficinas de CMS en la Torre de la Plaza de las Américas en San Juan. Puede asistir mas de una persona por empresa, pero deberá registrarse individualmente.

2. Nuevo requisito cuando llame a Servicio al Cliente

- Efectivo Marzo 1, 2024 para proteger la privacidad de los beneficiarios y proveedores de Medicare, debemos autenticar ciertos elementos a través del CTI (Computer Telephone Integration) antes de divulgar información específica del beneficiario relacionada con elegibilidad y reclamaciones.
- Necesita tener lista la siguiente información: NPI, PTAN, últimos cinco dígitos de su TIN (Tax Identification Number), MBI del beneficiario, primera letra del nombre del beneficiario, apellido del beneficiario (ingrese hasta seis letras seguidas por el símbolo # sin dejar espacios) y fecha de nacimiento del beneficiario.

3. myCGS versión 8.2

- La opción para enviar la solicitud de pre-autorización (PASS) para prótesis de extremidades inferiores se actualizó para que se puedan seleccionar varios códigos HCPCS en una sola solicitud. Cuando elija Prótesis de Extremidades Inferiores (Lower Limb Prostheses) como su categoría en PASS, seleccione su código HCPCS de la lista desplegable de Equipo de Base (Base Equipment) y luego presione el botón Agregar (Add). Repita este proceso para agregar más códigos HCPCS. Una vez que haya agregado todos los códigos HCPCS que necesita, presione el botón Siguiente (Next) para continuar.
- Se ha actualizado PASS para órtesis para que se puedan seleccionar hasta tres códigos HCPCS para envío en una sola solicitud. Cuando elija Ortesis (Orthotics) como su categoría en PASS, seleccione su código HCPCS de la lista desplegable de Equipo de Base (Base Equipment) y luego presione el botón Agregar (Add). Repita este proceso para agregar más códigos HCPCS. Una vez que haya agregado un máximo de tres códigos HCPCS, presione el botón Siguiente (Next) para continuar.

- La página Enlaces Útiles (Helpful Links) que se encuentra en el menú Noticias e Información (News & Information) se ha actualizado para incluir enlaces a otras páginas de internet que pueden resultarle útiles (como CEDI, PDAC, CERT, etc.)

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

Bombas de Infusión Externa. Efectivo 01/12/2024

- Artículo de la Política
 - Agregado:
 - Código J1575 al Grupo 6

Artículo de Requisitos de Documentación Estándar para Todas las Reclamaciones Enviadas a los DME MACs. Efectivo 01/01/2024

- Artículo de la Política #A55426
 - Removido:
 - Referencia al CMN (si aplica) y al DIF (si aplica)
 - “y CMN (DOS antes de 01/01/2023)”
 - “incluyendo CMNs antes de DOS 01/01/2023”
 - “Un CMN o DIF debidamente completado obtenido antes de la DOS 01/01/2023, con la duración apropiada de la necesidad especificada
 - La sección completa acerca del CMN (Certificate of Medical Necessity) y el DIF (DME Information Form)

Apósitos Quirúrgicos. Efectivo 01/01/2024

- LCD
 - Removido:
 - Se removieron los siguientes códigos A6530, A6533, A6534, A6535, A6536, A6537, A6538, A6539, A6540, A6541, A6544, A6549
- Artículo de la Política
 - Revisado:
 - Ejemplos de cuando usar los modificadores A1-A9
 - Se cambió “en una herida quirúrgica desbridada” por “en una herida que califique o en una herida desbridada” acerca del uso de los modificadores A1-A9
 - Se cambió “numero de heridas” por “numero de heridas que califiquen” acerca del uso de los modificadores A1-A9

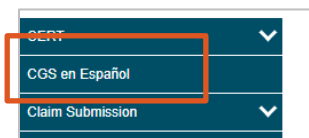


Educación en Español Programada para este Mes (10:30 am Hora de Puerto Rico, 9:30 am EST y 8:30 am CST)

- **Marzo 5: Zapatos Ortopédicos**
- **Marzo 7: Equipo Respiratorio (PAP, RAD, Ventiladores)**
- **Marzo 12: Prótesis Externas para Seno**
- **Marzo 19: Nebulizadores y Medicamentos para Nebulizar**
- **Marzo 21: Monitores para la Glucosa (BGM y CGM)**

NO tienen ningún costo, para horarios e inscripciones por favor consulte nuestra página de Internet de la Jurisdicción C (JC DME) en <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. **Febrero 1: “3-D Printed Orthotic Devices – Correct Coding”** En esta publicación conjunta de los DME MACs se les recuerda a los proveedores que la tecnología de impresión en 3D para órtesis construye elementos tridimensionales modelados y diseñados a partir de un programa de computador de diseño asistido por computadora (CAD) y/o a partir de un escaneo digital. CMS ha dado las guías para los DME MAC y para el PDAC acerca de esta técnica de fabricación personalizada, la cual es aceptable siempre que cumpla con los estándares de calidad de CMS para DMEPOS.

Para cumplir con los estándares de CMS para las órtesis fabricadas a medida, el proceso de fabricación debe cumplir estrictamente con los requisitos establecidos en los Estándares de Calidad del DMEPOS de CMS que encuentra en el Apéndice C de los “CMS DMEPOS Quality Standards” en <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medicare-FFS-Compliance-Programs/Downloads/Final-DMEPOS-Quality-Standards-Eff-01-09-2018.pdf>

Estos estándares establecen que un artículo fabricado a medida es aquel que se fabrica individualmente para un paciente específico y ningún otro paciente podrá utilizar este artículo. Un artículo fabricado a la medida es un artículo que se fabrica basándose en moldes, trazados, mediciones y/u otras imágenes (como rayos X) de la parte del cuerpo. La fabricación puede implicar el uso de cálculos, plantillas y componentes. Este proceso requiere el uso de materiales básicos que incluyen, entre otros, plástico, metal, cuero o tela en forma de láminas, barras u otras formas básicas sin cortar o sin tener una forma específica e implica un trabajo sustancial como formado al vacío, corte, doblado, moldeado, elaboración de costuras y/o perforaciones y acabado antes de acomodárselo al paciente.

Las órtesis pueden codificarse con el código HCPCS que corresponda a fabricado a la medida cuando la fabricación cumpla con los estándares CMS para fabricación personalizada.

Para obtener mas información consulte esta publicación.

2. **Febrero 12: “Medical Review Quarterly Reports”** En esta publicación se les informa a los proveedores que ya está disponible el reporte de la revisión médica del TPE del trimestre anterior. Este reporte incluye los códigos revisados y los errores más frecuentes encontrados por cada política.

Muestra además los siguientes resultados:

- Prueba piloto de 10 reclamaciones: 12% pasaron exitosamente
- Ronda 1: 37% lograron ser excluidos
- Ronda 2: 33.3% lograron ser excluidos
- Ronda 3: 29% lograron ser excluidos

Para más información consulte esta publicación.

3. **Febrero 14: “Continuous Glucose Monitor (CGM) Supply Allowance”** En esta publicación de Educación Nacional de los MAC se les informa a los proveedores que los códigos de las tarifas de los suministros del monitor continuo de glucosa (CGM) A4238 y A4239 se pueden facturar hasta un máximo de tres (3) unidades de servicio (UOS) cada noventa (90) días a la vez. Los requisitos estándar de resurtido no se aplican a los códigos de los suministros para los CGM A4238 o A4239. Puede utilizar la calculadora de facturación de los suministros de CGM diseñada para ayudar a los proveedores a determinar las fechas de facturación precisas. La encuentra en https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/k0553/index.aspx

El código A4239 es el código para todos los suministros y accesorios del CGM no complementario. Los suministros del CGM no complementario incluyen, entre otros, un sensor de CGM, un transmisor de CGM, un monitor de glucosa en sangre en el hogar (BGM) y los suministros relacionados para el monitor BGM (como tirillas, lancetas, porta lancetas y soluciones de calibración) y baterías. Las reclamaciones por suministros deben facturarse como 1 unidad de servicio cada 30 días. A partir de Enero 1 del 2024, se permiten hasta 3 unidades de servicio al facturar suministros de CGM. Si se entrega y se factura el suministro para 90 días, se facturarán 3 unidades de servicio en la reclamación.

Los equipos de CGM complementarios no reemplazan al BGM estándar de uso en casa. La tarifa para los suministros de un CGM complementario (A4238) abarca todos los elementos necesarios para el uso del equipo e incluye, entre otros, los sensores y transmisores del CGM. El código A4238 no incluye el BGM de uso en casa ni los suministros de prueba relacionados. Para los CGM complementarios se pueden facturar por separado los suministros para el BGM, además del código A4238.

La tarifa por los suministros para el CGM no sigue los requisitos de documentación estándar para los resurtidos. Si un beneficiario de Medicare requiere artículos adicionales (por ejemplo, sensores) durante el período de facturación, el proveedor de DME debe proporcionárselos sin costo alguno para el beneficiario o para el programa de Medicare. Los códigos A4238 y A4239 corresponden a los suministros y el proveedor de DME debe proporcionar los artículos que el beneficiario requiere/solicita para usar el monitor continuo de la glucosa en su hogar. Los suministros no deben facturarse por separado, ya que cualquier reclamación se rechazará por “unbundling”.

Si un proveedor de DME desea entregar los artículos para el CGM antes del final esperado de los suministros actuales, puede hacerlo, pero no debe facturar al programa Medicare sino hasta que hayan pasado 30 o 90 días, dependiendo de cuándo se facturaron los últimos artículos. Cuando un proveedor de DME entrega suministros para 30 o 90 días, no requiere escribir una nota en la reclamación que indique la cantidad de suministros. Facturar con 1 unidad de servicio indicará un suministro para 30 días y 3 unidades de servicio indicarán un suministro para 90 días.

La fecha de servicio para los códigos A4238 y A4239 no debe facturarse con una fecha de intervalo. Los campos de fecha "Desde" (From) y "Hasta" (To) de la reclamación deben ser los mismos. Las reclamaciones por los códigos A4238 y A4239 facturados con una fecha de intervalo se devolverán como no procesables. Las reclamaciones no procesables deben corregirse y volverse a enviar; no tienen derechos de apelación ni pueden ser reabiertas o ajustadas.

Para más información consulte esta publicación.

4. **Febrero 20: “Switching Glucose Monitor Supplies”** En esta publicación se les informa a los proveedores que los beneficiarios pueden elegir cambiar de suministros del monitor continuo de glucosa (CGM) no complementarios a los suministros de monitorización de glucosa en sangre (BGM).

Si un beneficiario desea volver a realizarse las pruebas con el BGM, puede hacerlo y Medicare considerará el pago de los suministros de BGM y dejará de pagar por los suministros del CGM no complementario. Sin embargo, Medicare FFS no reembolsará por un nuevo monitor BGM a menos de que el CGM no complementario haya cumplido la vida útil razonable (RUL) de 5 años. Los beneficiarios pueden utilizar un monitor BGM de su propiedad o comprar un monitor nuevo con su propio dinero.

Medicare FFS permite a los beneficiarios volver a tomarse la prueba BGM estándar sin necesidad de tener documentación adicional de necesidad médica, únicamente necesitan la documentación del diagnóstico de

diabetes. Sin embargo, recomendamos muy enfáticamente que el beneficiario consulte previamente con su médico tratante.

Cuando un beneficiario cambia de suministros de CGM no complementarios a suministros de BGM, el proveedor debe enviar la reclamación por los suministros del BGM. Si los suministros del BGM se deniegan, el proveedor deberá enviar una redeterminación. Una vez que CGS confirme que el beneficiario ha vuelto a usar el BGM, dejaremos de cubrir los suministros de CGM para el beneficiario y el proveedor entonces podrá reanudar el envío de reclamaciones por los suministros de BGM.

Para más información consulte esta publicación.

5. **Febrero 20: “Continuous Glucose Monitors (CGMs) Supply Allowance Billing Reminder”** En esta publicación se les informa a los proveedores que estos son los parámetros para la facturación de suministros para los CGM:

Código A4238 (CGM complementario) incluye todo lo necesario para el uso del equipo. No facture los sensores y transmisores por separado. No incluye el monitor de la glucosa BGM ni los suministros relacionados con el BGM y usted puede facturar por estos artículos por separado.

Código A4239 (CGM no complementario) incluye todo lo necesario para el uso del equipo. No facture por separado, sensores, transmisores, monitores BGM, suministros relacionados con el monitor BGM (tirillas, lancetas, porta lancetas, solución para calibrar), baterías o cualquier otro artículo necesario para el uso del equipo.

Frecuencia de la facturación:

Fechas de servicio de Enero 1, 2024 y posteriores: Los códigos A4238 y A4239 tienen una tarifa fija mensual. Puede facturar un máximo de tres unidades de servicio para 90 días al mismo tiempo. No use intervalos de tiempo, la fecha “From” y la fecha “To” deben ser iguales.

Fechas de servicio anteriores a Enero 1, 2024: Solo facture por un mes. No facture más de una unidad de servicio del A4238 y el A4239 para 30 días al mismo tiempo.

Modificadores:

- KX: Cuando el beneficiario es tratado con insulina
- KS: Cuando el beneficiario no es tratado con insulina
- CG: Si se cumplen todos los criterios para el CGM
- KF: Si el CGM se ha clasificado como Equipo Clase 3. Consulte con el Contratista del PDAC

Para más información consulte esta publicación

6. **Febrero 22: “External Upper Limb Tremor Stimulator Therapy – Final LCD and Response to Comments (RTC) Article Published”** En esta publicación conjunta de los DME MAC se les informa a los proveedores que en Febrero 24, 2024 los DME MAC publicaron la Determinación de Cobertura Local (LCD) final y el Artículo de la Política para Terapia con Estimulador Externo para el Temblor de las Extremidades Superiores” LCD #L39591 y AP #A59680.

La publicación de la LCD final marca el comienzo del período de notificación de 45 días. La LCD final entra en efecto para reclamaciones con fechas de servicio a partir de Abril 7 del 2024.

Para más información consulte esta publicación

7. **Febrero 22: “External Infusion Pumps and Related Drugs - Revised”** En esta publicación conjunta de los DME MACs se les informa a los proveedores que el beneficio por los medicamentos corresponde a equipo médico duradero y el medicamento infundido se considera como un suministro para el DME. En consecuencia, el requisito general de cobertura es que la administración del medicamento a través de una bomba de infusión externa duradera debe ser razonable y necesaria.

La LCD de “External Infusion Pumps” o EIP describe los criterios de cobertura para los medicamentos o las clases de medicamentos específicos que cumplen con los requisitos de cobertura. Los detalles de la cobertura para los medicamentos recientemente aprobados o para las bombas de infusión externas no estarán disponibles en la LCD sino hasta que los DME MAC completen y evalúen una reconsideración. En tales situaciones, las reclamaciones por las bombas y/o los medicamentos se procesarán reclamación por reclamación. Los reclamos “limpios” por códigos misceláneos o códigos no clasificados de otro modo están sujetos a los mismos estándares de procesamiento de reclamaciones de otros códigos HCPCS (límite máximo de 30 días).

Los medicamentos que no tienen un código específico HCPCS se pueden facturar utilizando el código J7799 (MEDICAMENTOS NOC, DISTINTOS DE LOS MEDICAMENTOS PARA INHALACIÓN, ADMINISTRADOS A TRAVÉS DE DME). El código J7799 es el código adecuado a utilizar hasta que se asigne un código específico a través del proceso de codificación formal HCPCS. Se recuerda a los proveedores que al presentar reclamaciones por artículos codificados J7799, el proveedor debe incluir la siguiente información en cada reclamación: Nombre del medicamento, laboratorio fabricante y dosis.

Las bombas de infusión externas que no tienen un código HCPCS existente se pueden facturar utilizando el código E1399 (EQUIPO MÉDICO DURADERO, MISCELÁNEO). El código E1399 es el código adecuado si la bomba está aprobada por la FDA y no está incluida en ningún código HCPCS de bomba existente. Los proveedores deben incluir la siguiente información en cada reclamación al facturar por artículos codificados E1399: Descripción del equipo, fabricante, modelo, precio de lista del proveedor y código HCPCS relacionado.

La información adicional debe colocarse en el segmento NTE 2300 o 2400 de las reclamaciones electrónicas o en la casilla 19 de la reclamación en papel

Para más información consulte esta publicación

- 8. Febrero 29: “Lymphedema Compression Treatment Items – Correct Coding and Billing – Revised”** En esta publicación conjunta de los DME MACs se les informa a los proveedores que esta publicación de Codificación y Facturación Correcta es efectiva para reclamaciones con fechas de servicio a partir de Enero 1 del 2024 y proporciona orientación sobre facturación y codificación de los artículos de compresión para el tratamiento del linfedema, según la regla final CMS-1780-F de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Las prendas de compresión con gradiente, los suministros y accesorios relacionados están cubiertos únicamente para el tratamiento del linfedema (consulte los Códigos ICD-10-CM que respaldan la necesidad médica). Las reclamaciones con diagnósticos distintos del linfedema se rechazarán como no cubiertos.

- Se autorizan tres (3) prendas o vendajes para uso de día por área del cuerpo una vez cada seis (6) meses.
- Se autorizan dos (2) prendas para uso en la noche por zona del cuerpo una vez cada dos (2) años (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 vendajes para uso durante el día y una vez cada dos (2) años para prendas de uso durante la noche.

Las reclamaciones por prendas o vendajes de compresión con gradiente facturadas en exceso de acuerdo con las limitaciones de frecuencia descritas anteriormente se rechazarán por no ser razonables y necesarios a menos de que sea necesario reemplazarlas en casos de pérdida, robo o daño irreparable. Además, se puede realizar el pago por un nuevo conjunto de prendas o vendajes 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 o vendaje. El pago se realiza por el reemplazo de un juego completo nuevo de tres prendas o vendajes de uso durante el día y/o dos prendas de uso durante la noche en casos de pérdida, robo, daño irreparable o cambio en la condición médica o física y la frecuencia de reemplazo es de seis meses y/o dos años y comienza de nuevo en el momento en el que se entregan los artículos de reemplazo.

Medicare cubre prendas de compresión con gradiente ajustadas a la medida (hechas a la medida o no estándar). Las prendas de compresión de gradiente ajustadas a medida tienen un tamaño y una forma

únicos para adaptarse a las dimensiones exactas de la extremidad afectada para proporcionar una compresión con gradiente precisa para tratar el linfedema. Algunos ejemplos de los escenarios en los que se podría utilizar una prenda de compresión con gradiente a la medida (entre otros) son:

- Si la circunferencia de la porción proximal es significativamente mayor que la distal
- Si 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 demuestre que se requiere el uso de una prenda de compresión con gradiente ajustada a medida en lugar de una prenda de compresión de gradiente estándar disponible en el mercado. La historia médica del paciente no se limita a los expedientes de la oficina del médico. Puede incluir expedientes de hospitales, hogares de ancianos o HHA y de otros profesionales de la salud, como profesionales en el tratamiento del linfedema. Esta documentación debe estar disponible para el DME MAC cuando sea solicitada.

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

El pago de todos los servicios necesarios asociados con el suministro de prendas y vendajes de compresión con gradiente, incluidos el ajuste y las medidas, está incluido en la tarifa nacional de pago realizado al proveedor del artículo.

Códigos HCPCS Grupo 1 (descripción del código en inglés)

A6520 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, GLOVE, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, EACH

A6521 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, GLOVE, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, CUSTOM, EACH

A6522 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, ARM, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, EACH

A6523 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, ARM, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, CUSTOM, EACH

A6524 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, LOWER LEG AND FOOT, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, EACH

A6525 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, LOWER LEG AND FOOT, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, CUSTOM, EACH

A6526 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, FULL LEG AND FOOT, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, EACH

A6527 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, FULL LEG AND FOOT, PADDED, FOR NIGHTTIME USE, CUSTOM, EACH

A6528 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, BRA, FOR NIGHTTIME USE, EACH

A6529 GRADIENT COMPRESSION GARMENT, BRA, FOR NIGHTTIME USE, CUSTOM, EACH

A6530	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, BELOW KNEE, 18-30 MMHG, EACH
A6533	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, THIGH LENGTH, 18-30 MMHG, EACH
A6534	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, THIGH LENGTH, 30-40 MMHG, EACH
A6535	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, THIGH LENGTH, 40 MMHG OR GREATER, EACH
A6536	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, FULL LENGTH/CHAP STYLE, 18-30 MMHG, EACH
A6537	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, FULL LENGTH/CHAP STYLE, 30-40 MMHG, EACH
A6538	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, FULL LENGTH/CHAP STYLE, 40 MMHG OR GREATER, EACH
A6539	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, WAIST LENGTH, 18-30 MMHG, EACH
A6540	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, WAIST LENGTH, 30-40 MMHG, EACH
A6541	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, WAIST LENGTH, 40 MMHG OR GREATER, EACH
A6549	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, NOT OTHERWISE SPECIFIED
A6552	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, BELOW KNEE, 30-40 MMHG, EACH
A6553	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, BELOW KNEE, 30-40 MMHG, CUSTOM, EACH
A6554	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, BELOW KNEE, 40 MMHG OR GREATER, EACH
A6555	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, BELOW KNEE, 40 MMHG OR GREATER, CUSTOM, EACH
A6556	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, THIGH LENGTH, 18-30 MMHG, CUSTOM, EACH
A6557	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, THIGH LENGTH, 30-40 MMHG, CUSTOM, EACH
A6558	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, THIGH LENGTH, 40 MMHG OR GREATER, CUSTOM, EACH
A6559	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, FULL LENGTH/CHAP STYLE, 18-30 MMHG, CUSTOM, EACH
A6560	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, FULL LENGTH/CHAP STYLE, 30-40 MMHG, CUSTOM, EACH
A6561	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, FULL LENGTH/CHAP STYLE, 40 MMHG OR GREATER, CUSTOM, EACH
A6562	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, WAIST LENGTH, 18-30 MMHG, CUSTOM, EACH
A6563	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, WAIST LENGTH, 30-40 MMHG, CUSTOM, EACH
A6564	GRADIENT COMPRESSION STOCKING, WAIST LENGTH, 40 MMHG OR GREATER, CUSTOM, EACH
A6565	GRADIENT COMPRESSION GAUNTLET, CUSTOM, EACH
A6566	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, NECK/HEAD, EACH
A6567	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, NECK/HEAD, CUSTOM, EACH
A6568	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, TORSO AND SHOULDER, EACH

A6569	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, TORSO/SHOULDER, CUSTOM, EACH
A6570	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, GENITAL REGION, EACH
A6571	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, GENITAL REGION, CUSTOM, EACH
A6572	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, TOE CAPS, EACH
A6573	GRADIENT COMPRESSION GARMENT, TOE CAPS, CUSTOM, EACH
A6574	GRADIENT COMPRESSION ARM SLEEVE AND GLOVE COMBINATION, CUSTOM, EACH
A6575	GRADIENT COMPRESSION ARM SLEEVE AND GLOVE COMBINATION, EACH
A6576	GRADIENT COMPRESSION ARM SLEEVE, CUSTOM, MEDIUM WEIGHT, EACH
A6577	GRADIENT COMPRESSION ARM SLEEVE, CUSTOM, HEAVY WEIGHT, EACH
A6578	GRADIENT COMPRESSION ARM SLEEVE, EACH
A6579	GRADIENT COMPRESSION GLOVE, CUSTOM, MEDIUM WEIGHT, EACH
A6580	GRADIENT COMPRESSION GLOVE, CUSTOM, HEAVY WEIGHT, EACH
A6581	GRADIENT COMPRESSION GLOVE, EACH
A6582	GRADIENT COMPRESSION GAUNTLET, EACH
A6583	GRADIENT COMPRESSION WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, BELOW KNEE, 30-50 MMHG, EACH
A6584	GRADIENT COMPRESSION WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, NOT OTHERWISE SPECIFIED
A6585	GRADIENT PRESSURE WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, ABOVE KNEE, EACH
A6586	GRADIENT PRESSURE WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, FULL LEG, EACH
A6587	GRADIENT PRESSURE WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, FOOT, EACH
A6588	GRADIENT PRESSURE WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, ARM, EACH
A6589	GRADIENT PRESSURE WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, BRA, EACH
A6593	ACCESSORY FOR GRADIENT COMPRESSION GARMENT OR WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, NOT-OTHERWISE SPECIFIED
A6594	GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, BANDAGE LINER, LOWER EXTREMITY, ANY SIZE OR LENGTH, EACH
A6595	GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, BANDAGE LINER, UPPER EXTREMITY, ANY SIZE OR LENGTH, EACH
A6596	GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, CONFORMING GAUZE, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH
A6597	GRADIENT COMPRESSION BANDAGE ROLL, ELASTIC LONG STRETCH, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH
A6598	GRADIENT COMPRESSION BANDAGE ROLL, ELASTIC MEDIUM STRETCH, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6599 GRADIENT COMPRESSION BANDAGE ROLL, INELASTIC SHORT STRETCH, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6600 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, HIGH DENSITY FOAM SHEET, PER 250 SQUARE CENTIMETERS, EACH

A6601 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, HIGH DENSITY FOAM PAD, ANY SIZE OR SHAPE, EACH

A6602 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, HIGH DENSITY FOAM ROLL FOR BANDAGE, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6603 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, LOW DENSITY CHANNEL FOAM SHEET, PER 250 SQUARE CENTIMETERS, EACH

A6604 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, LOW DENSITY FLAT FOAM SHEET, PER 250 SQUARE CENTIMETERS, EACH

A6605 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, PADDED FOAM, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6606 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, PADDED TEXTILE, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6607 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, TUBULAR PROTECTIVE ABSORPTION LAYER, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6608 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, TUBULAR PROTECTIVE ABSORPTION PADDED LAYER, PER LINEAR YARD, ANY WIDTH, EACH

A6609 GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, NOT OTHERWISE SPECIFIED

A6610 GRADIENT COMPRESSION STOCKING, BELOW KNEE, 18-30 MMHG, CUSTOM, EACH

CMS estableció los siguientes cuatro códigos HCPCS “no especificados de otra manera” para identificar suministros de vendajes de compresión, accesorios, vendajes y prendas de compresión que no están identificados por un código HCPCS único.

A6549 - GRADIENT COMPRESSION GARMENT, NOT OTHERWISE SPECIFIED

A6584 - GRADIENT COMPRESSION WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, NOT OTHERWISE SPECIFIED

A6593 - ACCESSORY FOR GRADIENT COMPRESSION GARMENT OR WRAP WITH ADJUSTABLE STRAPS, NOT-OTHERWISE SPECIFIED

A6609 - GRADIENT COMPRESSION BANDAGING SUPPLY, NOT OTHERWISE SPECIFIED

Cada vendaje de compresión, accesorio, vendaje o prenda de compresión sin un HCPCS único debe facturarse en una línea de la reclamación separada con el código A6549, A6584, A6593 o A6609 y las unidades de servicio apropiadas. Las reclamaciones por A6549, A6584, A6593 y A6609 deben incluir la siguiente información en las notas de la reclamación electrónica (NTE 2300 o NTE 2400) o en la casilla 19 de la reclamación en papel.

- Descripción del artículo incluyendo la cantidad representada por cada unidad de servicio (por ejemplo, por pulgadas, pies o yardas para suministros)
- Nombre del Fabricante
- Nombre y número del producto
- Precio de lista del proveedor
- HCPCS del artículo relacionado (cuando corresponda)

Modificadores

LT, RT, RA

Los modificadores para el lado derecho (RT) y para el lado izquierdo (LT) deben usarse con prendas de compresión de gradiente, suministros y accesorios relacionados cuando se indica lateralidad (códigos HCPCS 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). Cuando se factura el mismo código para artículos bilaterales (izquierdo y derecho) en la misma fecha de servicio, facture cada artículo en dos líneas de reclamación separadas usando los modificadores RT y LT y 1 unidad de servicio (UOS) en cada línea de la reclamación. No utilice la combinación de modificadores RTLT en la misma línea de la reclamación ni facture con 2 UOS. Las reclamaciones facturadas sin los modificadores RT y/o LT o con RTLT en la misma línea de la reclamación y 2 con UOS, serán rechazadas por codificación incorrecta.

El modificador RA (REEMPLAZO DE UN DME, ARTÍCULO ORTÓTICO O PROTÉSICO) solo se puede utilizar si la prenda o vendaje de compresión de gradiente se pierde, es robada o sufre daños irreparables. 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 vendajes para uso de día y una vez cada dos (2) años para prendas de uso de noche.

Para reclamaciones por reemplazos, si se pierde, fue robada o se daña irreparablemente solamente una (1) prenda o vendaje para uso de día, se permite el pago de tres (3) reemplazos, pero la limitación de frecuencia de cambio de seis (6) meses se reiniciará de acuerdo con la fecha de servicio de la reclamación por el reemplazo. Para reclamaciones por reemplazos, si se pierde, fue robada o se dañó irreparablemente solamente una (1) prenda o vendaje para uso en la noche, se permiten dos (2) reemplazos y la limitación de frecuencia de dos años (24 meses) se reiniciaría según la fecha de servicio de la reclamación por el reemplazo.

Códigos ICD-10 que respaldan la necesidad médica

El pago de los artículos de tratamiento de compresión del linfedema se limita a los códigos ICD-10 de linfedema que se enumeran a continuación. La presencia del código ICD-10-CM no es suficiente por sí sola para garantizar la cobertura.

- I89.0 Lymphedema, not elsewhere classified
- I97.2 Postmastectomy lymphedema syndrome
- I97.89 Other postprocedural complications and disorders of the circulatory system, not elsewhere classified
- Q82.0 Hereditary lymphedema

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. **Nueva Carta “Respetado Doctor- MÁSCARAS: EQUIPOS DE PRESIÓN POSITIVA PARA LA VÍA AÉREA Y EQUIPOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA”:** Esta carta ha sido escrita por nuestros Directores Médicos y está dirigida a los médicos que recetan artículos de PAP y RAD. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección “CGS en Español” Recursos de Revisión Médica

3. **Manual del Usuario y Guía de Inscripción de myCGS.** El manual del usuario y la guía de Inscripción de myCGS han sido rediseñados para que sea más fácil para usted encontrar el contenido que necesita. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección "CGS en Español" myCGS
4. **Cartas "Respetado Doctor":** Estas cartas han sido escritas por nuestros Directores Médicos y están dirigidas a los médicos que recetan artículos de DME. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica
5. **Herramienta para saber la razón de una denegación y las acciones a tomar.** La herramienta llamada "Herramienta para la Resolución de las Denegaciones de las Reclamaciones" le permite saber la razón específica de su denegación y la/las posibles acciones a tomar. La encuentra en <https://www.cgsMedicare.com> sección "CGS en Español" Herramientas
6. **Listas de Chequeo de la Documentación:** Estas listas contienen la información detallada acerca de la documentación que se requiere para cada artículo de DME. Visite <https://www.cgsMedicare.com> sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica"
7. **Webinars Personalizados: Educación personalizada, gratuita y en español** a través de su computadora acerca de los criterios de cobertura de los diferentes artículos cubiertos por el DME, documentación general, regulaciones, facturación, etc.; adaptada a sus necesidades particulares y en un horario que le convenga. No tiene ningún costo y solo debe enviarnos un correo electrónico con su solicitud a liliana.hewlett@cgsadmin.com



Lista de Distribución de Correo Electrónico

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C 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 ayudarlo 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.

