

# DME MAC Jurisdicción C

# NOTICIAS DEL MES

—NOVIEMBRE 2019—

**RECUERDE QUE A PARTIR DEL 1 DE ENERO, 2020 TODAS SUS RECLAMACIONES DEBERAN LLEVAR EL MBI (Nuevo Número de Medicare) DEL BENEFICIARIO Y NO EL HICN**

**Las reclamaciones enviadas con el HICN serán rechazadas.**



## Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

### 1. Revisión del Manual del Proveedor de la JC

#### Capítulo 3

- Se hizo una diferencia entre las reparaciones y mantenimiento generales y las que aplican solamente a las extremidades artificiales

#### Capítulo 5

- Se incluyó la explicación completa acerca de como facturar por artículos temporales de remplazo codificados como K0462 y entregados mientras el artículo de propiedad del beneficiario está en reparación. Deberá incluir la siguiente información siempre en su reclamación: Marca y modelo del equipo en reparación, marca y modelo del equipo de remplazo, descripción de lo que está siendo reparado y razón por la cual la reparación necesita mas de un día para completarse. A partir de Octubre 1, 21019 se empezaron a denegar las reclamaciones por K0462 que no incluyen esta información.

#### Capítulo 9

- Se actualizaron los miembros del programa de Revisión Médica
- Se aclararon las definiciones de NCD y LCD y el proceso de solicitud de nuevas LCD
- Se actualizaron los códigos por los cuales se puede pedir una solicitud de ADMC, se agregaron K0890-K0891 y K0013. Además ahora puede enviar las solicitudes de ADMC a través de myCGS.
- Se aclara que el programa de Pre Autorización es obligatorio y la falta de una preautorización aprobada (afirmativa) generará una denegación de la reclamación.
- Se incluyeron los códigos de las Superficies de Apoyo (colchones para manejo de úlceras) del Grupo 2 que requieren pre-autorización: E0193, E0277, E0371, E0372 y E0373. En la misma sección encuentra los requisitos de documentación y el fax/dirección postal a donde enviarla.

#### Capítulo 13

- Se agregó la opción de envío y verificación del estatus de la ADMC y de las pre autorizaciones, a las opciones de myCGS
- Se actualizó el nombre del Contratista de Reconsideraciones (Maximus Federal Services, Inc.) y la información de contacto
- Se actualizaron las cantidades mínimas en disputa para solicitar una apelación de la Corte Administrativa o ALJ, en el año 2020 será de \$ 170 como mínimo y para una apelación con la Corte Federal Judicial será de \$ 1,670 como mínimo.

## Capítulo 15

- Se actualizó la información de contacto del Contratista de Redeterminaciones Maximus Federal Services Inc.

### 2. La versión de myCGS 5.5.5 ya fue instalada

Esta nueva versión le permite ver la imagen de la notificación de la remesa electrónica generada a partir de Octubre 7, 2019 o de la notificación de remesa en papel emitida a partir de septiembre 10, 2019.

### 3. Nuevo número de identificación de Medicare o MBI

Recuerde que el uso del MBI es obligatorio a partir del 1 de Enero, 2020 para todas sus reclamaciones y solicitudes de elegibilidad. Las reclamaciones enviadas con el HICN serán rechazadas. El número de MBI lo encuentra en la notificación de la remesa, en la tarjeta del beneficiario y en myCGS. Ahora CGS tiene una página de internet dedicada a la transición del MBI, en donde encuentra información acerca de como obtener el número de MBI del beneficiario, calendario de transición, recursos y mucho más. Se encuentra en [www.cgsmedicare.com](http://www.cgsmedicare.com) sección "Claims Submission" bajo el nombre "Medicare Beneficiary Indicator (MBI)".

### 4. Reporte de Denegaciones del Segundo Trimestre del 2019

Código WW093 (Capecitabine 500 mg. Oral)

- La documentación no incluye la solicitud de resurtido
- El expediente médico (manuscrito o electrónico) no está firmado por el autor

Códigos L1832 y L1833 (Knee Orthosis)

- Los expedientes médicos no incluyen el examen de la inestabilidad de la rodilla y la descripción objetiva de la articulación
- El artículo fue entregado antes de la admisión del beneficiario en el hospital o en una estadía en un SNF cubierta por la Parte A y su uso comenzó durante el tiempo en el que estaba ingresado
- Los expedientes médicos no incluyen uno de los diagnósticos requeridos por la LCD
- Los expedientes no demuestran que la prueba de la órtesis hecha a la medida fue hecha por un ortesista certificado o un individuo con entrenamiento especializado
- No se envió la verificación de que el equipo fue robado o se perdió o se dañó de forma irreparable en un incidente específico
- Los expedientes médicos no tienen la información suficiente respecto a la condición del beneficiario como para determinar que los criterios de necesidad médica se cumplieron
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- Los expedientes médicos no describen la lesión o el procedimiento quirúrgico reciente de la rodilla
- No se incluyó un ABN válido

Códigos L0450 – L0651 (TLSO/ Lumbar-Sacral Orthosis)

- La documentación del proveedor no incluye el detalle de las modificaciones necesarias en el momento de la prueba de la órtesis hecha a la medida
- Los expedientes no muestran que la persona que hace el ajuste personalizado sea un ortesista certificado o un individuo con un entrenamiento equivalente especializado
- La documentación no incluye la verificación de que el equipo fue perdido, robado o dañado de manera irreparable en un incidente específico
- No se envió la orden médica detallada
- Los expedientes médicos no respaldan uno de los cuatro criterios para órtesis de columna vertebral

- La reclamación enviada es un duplicado de otra reclamación que ya ha sido procesada a través de la revisión del expediente médico
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- No se recibieron los expedientes médicos
- Los expedientes médicos son ilegibles
- La documentación enviada indica que el artículo fue retornado por el beneficiario
- Los expedientes médicos son de fecha posterior a la fecha de entrega y no proveen información suficiente que demuestre que los requisitos de la LCD se cumplían para esa fecha de servicio

#### Códigos J7507 y J7518 (Tacrolimus, Mycophenolic Acid)

- No se incluyó un la orden escrita detallada válida
- No se incluyó una orden de resurtido válida
- La documentación no incluye información que demuestre que el beneficiario tuvo un trasplante aprobado por Medicare de acuerdo a los requisitos de la LCD/Artículo de la Política
- Los expedientes médicos no incluyen la información suficiente respecto a la condición del beneficiario, como para determinar si los criterios de cobertura para la necesidad médica se cumplen
- La orden detallada es ilegible
- La cantidad de inmunosupresores despachados excede los 30 días
- La documentación enviada está incompleta
- La documentación de resurtido es ilegible
- La firma del médico en la orden médica no cumple con los requisitos de firma de CMS
- El expediente médico (manuscrito o electrónico) no está firmado por el autor

#### Códigos J1559, J2260 y J3285 (Immune Globulin Hizentra, Milrinone Lactate, Treprostinil injection)

- Los expedientes médicos no respaldan que los requisitos de la LCD para los medicamentos administrados por bomba de infusión externa se hayan cumplido
- La reclamación es facturada por cantidades mayores a las que indica la orden escrita detallada
- La solicitud de resurtido no incluye la información que demuestre que los medicamentos están próximos a terminarse para la fecha de despacho
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- La orden médica no es válida para esa fecha de servicio
- No se incluyó la orden escrita detallada
- La documentación de resurtido no incluye la descripción de cada artículo solicitado
- La orden médica detallada no incluye la fecha de firma del médico
- No se incluyó un ABN válido

#### Código E1390 (Oxygen Concentrator)

- Los expedientes médicos no muestran que el estudio de gases fue tomado en estado crónico estable
- Los expedientes médicos no muestran que el beneficiario tenga enfermedad pulmonar severa o síntomas relacionados con la hipoxia que se espera mejoren con el oxígeno
- Los expedientes médicos no demuestran que se haya probado un tratamiento alternativo o se haya descartado antes de iniciar la terapia con oxígeno
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el ejercicio
- No se incluyó un CMN válido en el cual las secciones A y B han sido apropiadamente llenadas y firmadas por el profesional tratante y este profesional personalmente ha escrito la fecha de firma
- Los expedientes médicos no muestran que el beneficiario haya sido evaluado por el médico tratante 30 días antes de la certificación inicial
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el sueño
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)

- Los expedientes médicos no demuestran que el estudio de gases se obtuvo dentro de los dos días anteriores al alta de la institución en donde estaba ingresado
- La documentación no incluye la verificación de que el equipo fue robado, se perdió o se dañó de manera irreparable por un incidente específico
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el descanso

Códigos E0601, A7034, A7031, A7030 y A7044 (CPAP, Nasal Interface, Face Mask, Full Face Mask, Oral Interface)

- La documentación que respalda la necesidad médica no estaba actualizada (dentro de los últimos 12 meses)
- No se envió una orden escrita válida
- Los expedientes médicos no incluyen una evaluación cara a cara que cumpla con los requisitos de la LCD
- No se incluyó el estudio de sueño válido de acuerdo a los requisitos de la LCD
- No se envió una solicitud de resurtido válida
- No se envió una orden escrita válida
- Se denegó el pago porque la cantidad de suministros está por encima de la cantidad usada normalmente de acuerdo a la política y no hay documentación que demuestre que es razonable y necesario
- La orden médica no incluye la descripción del artículo
- Los expedientes médicos no documentan un diagnóstico confirmado de OSA
- Los expedientes médicos no contienen la información suficiente de la condición del beneficiario como para determinar que se cumplen los criterios de cobertura por la necesidad médica

Códigos A6010, A6021, A6196-A6199, A6210-A6212 (Collagen Wound Filler, Collagen Dressing, Alginate, Foam Dressing)

- La frecuencia del cambio de los apósitos no está justificada en el expediente médico
- Los expedientes médicos no respaldan que los apósitos se necesiten para el tratamiento de una herida causada por o tratada con un procedimiento quirúrgico o después de un desbridamiento
- Los expedientes médicos no tienen la información suficiente acerca de la condición del beneficiario como para determinar la necesidad médica y el cumplimiento de los criterios de cobertura
- Los expedientes médicos no establecen que el apósito esté usándose como primario o secundario
- La evaluación mensual de la herida no incluye tipo de herida, localización, tamaño, profundidad, drenaje y otra información relevante
- El tamaño de la herida en los expedientes médicos no justifica el código HCPCS que se facturó
- Se despachó más de un mes de suministros y no hay documentación que respalde la necesidad de cantidades mayores en la casa en este caso individual
- Los expedientes médicos no muestran que el apósito de espuma haya sido usado para cubrir una herida profunda con moderado a abundante exudado, (Úlcera estado 3 o 4)
- Los expedientes médicos no muestran que el Alginato o similar haya sido usado para cubrir una herida profunda con moderado a abundante exudado, (Úlcera estado 3 o 4)
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)

Códigos A4351, A4352 y A4353 (Intermittent Urinary Catheter Straight Tip, Intermittent Urinary Catheter Coude Tip, Intermittent Urinary With Insertion Supplies)

- No se incluyó una orden de resurtido válida
- No se incluyó la orden médica detallada válida
- No se enviaron los expedientes médicos

- Los expedientes médicos no tienen la información suficiente acerca de la condición del beneficiario como para determinar la necesidad médica y el cumplimiento de los criterios de cobertura
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- Los expedientes médicos del médico tratante no documentan la discapacidad urinaria
- La cantidad facturada es mayor a 200 catéteres intermitentes en un mes o 600 para 90 días y se considera que la cantidad no es razonable ni necesaria
- Los expedientes médicos no demuestran que el beneficiario cumpla con uno de los 5 criterios de cobertura adicionales para el código HCPCS A4353
- Se facturó en la reclamación una cantidad mayor a la que indica la orden escrita detallada
- Se denegó el pago por una cantidad mayor a la autorizada debido a la falta de documentación que la respalde y la haga razonable y necesaria
- Múltiples proveedores están facturando por fechas de servicio que se superponen y el pago ya se ha hecho por la misma cantidad o parcialmente para el mismo periodo de tiempo

#### Código A4253 (Blood Glucose Test Strips)

- No se incluyó la orden médica detallada válida
- No se enviaron los expedientes médicos
- La cantidad de suministros ordenada es mayor a la que normalmente se autoriza y no se enviaron expedientes médicos que respalden la necesidad de una cantidad mayor
- No se envió la solicitud de resurtido válida
- Los expedientes médicos no incluyen la frecuencia a la cual el beneficiario se mide el azúcar en la casa (nota del médico o copia del libro de registros), para corroborar que la cantidad entregada corresponde a la cantidad necesaria de acuerdo a la cantidad de veces que se mide el azúcar en la casa
- Los expedientes médicos no muestran que el médico tratante haya visto al beneficiario y lo haya evaluado dentro de los seis meses anteriores a la orden de cantidades que excedan las cantidades permitidas en la LCD
- Se usó el modificador KX en un beneficiario que no está siendo tratado con insulina inyectada
- Se usó el modificador KS en un beneficiario tratado con insulina inyectada



### Educación en Español Programada para este Mes

- Noviembre 12: **Equipos de Movimiento Pasivo Continuo o CPM**
- Noviembre 14: **Suministros para Urología**

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



### Noticias y Nuevas Publicaciones

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

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

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

Para esta edición tenemos:

1. **Octubre 3: “Articulating Digit(s) and Prosthetic Hands – Correct Coding (Revised)”**: En esta publicación conjunta de los DME MAC, se le recuerda a los proveedores que en Enero 1 del 2015 se hizo efectivo el código L6026 y este describe el código de base para la prótesis de control mio-eléctrico para desarticulación transcarpal/metacarpal o parcial de la mano e incluye todos los componentes necesarios. Para mayor información consulte esta publicación.
2. **Octubre 8: “RT LT Modifier Billing Changes”**: En esta publicación se recuerda a los proveedores que a partir de 15 de octubre del 2019, los artículos iguales que se entreguen en la misma fecha de servicio para ser usados del lado derecho y del lado izquierdo del cuerpo deben facturarse en dos líneas separadas; una con el modificador RT y otra con el modificador LT o de lo contrario serán retornadas como no procesables. Para mayor información consulte este artículo.
3. **Octubre 9: “Claim Payment Alert—Beneficiary Entitlement Date Issue”** En esta publicación se le comunica a los proveedores que hubo una situación que afectó el procesamiento de algunas reclamaciones de Octubre 7 y Octubre 8, las cuales fueron denegadas con PR-31 por no tener derecho a la Parte B de Medicare. CGS suspendió las reclamaciones afectadas para corregir los registros y este proceso se completó el 10 de Octubre. Para mayor información consulte esta publicación y la publicación de fecha 11 de Octubre.
4. **Octubre 15: “Requesting a Reopening for Class III Continuous Glucose Monitors and Supply Allowance”**: En esta publicación se le recuerda a los proveedores que los Monitores Continuos para Medir la Glucosa o CGM que hayan sido clasificados como Clase III deben llevar el modificador “KF”. Si olvidó agregar este modificador, a partir de Octubre 15, 2019 ya no podrá hacerlo por reapertura telefónica; deberá solicitar una reapertura por escrito indicando que modificador debe ser agregado, el nombre del beneficiario, el MBI o HICN, los servicios específicos, la fecha de servicio y el PTAN del proveedor. Para mayor información consulte esta publicación.



## Nuevos Recursos en Español

*Recuerde que puede consultar esta edición de las Noticias del Mes y las anteriores en nuestra página de Internet <https://www.cgsmedicare.com> sección “Education” bajo “Noticias en Español”*

1. **Formulario de “Solicitud de Resurtido” (Refill Request Form)**: El formulario de solicitud de resurtido ha sido actualizado. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección “Forms”.
2. **Guía para Completar el Formulario de Solicitud de Pre Autorización**: La guía en español de como completar el formulario de solicitud de pre-autorización ha sido actualizada. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección “Forms”.
3. **myCGS Manual del Usuario en Español**: El Manual del Usuario de myCGS ha sido actualizado. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección myCGS.
4. **Herramienta “Claims Denial Resolution Tool”**: Con esta herramienta puede saber el significado exacto de un código de denegación y las diferentes opciones que tiene para solucionarlo. Reemplazó a la antigua tabla de denegación de la ANSI. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección “Online Tools & Calculators”.
5. **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)
6. **Educación Virtual: En proceso de Actualización.**



## 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 no es una comunicación oficial de los DME MAC y fue preparado con el fin de que sea una herramienta educativa e informativa y no reemplaza las Leyes o Regulaciones vigentes. No es una traducción literal de las publicaciones a las cuales hace referencia. Se les recomienda a los proveedores de manera muy enfática, que consulten los documentos oficiales de los DME MAC, las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional, las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política y de Documentación pertinentes. Visite <https://www.cgsmedicare.com> y <https://www.cms.gov> Cualquier cambio en la información a la cual se hace referencia podrá hacerse en cualquier momento y sin previo aviso.



© Derechos de Autor 2019, CGS Administrators LLC