

DME MAC Jurisdicción C

NOTICIAS DEL MES

— SEPTIEMBRE 2019 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. myCGS Versión 5.5.3

En esta nueva versión se corrigieron los problemas que se presentaban con la búsqueda del ADMC, la función "Order RA" y se restauró la función que permite al Aprobador Designado dar mantenimiento al usuario y recertificarlo.

2. Revisión de los Artículos de la Política

Artículo de Documentación Estándar

- Se agregó una aclaración de las instrucciones para procesar reclamaciones antiguas
- Se agregó una sección de plazos de tiempo (date span) para aclarar las instrucciones para procesar reclamaciones antiguas

3. Reporte de Denegaciones del Primer Trimestre del 2019

Código WW093 (Capecitabine 500 mg. Oral)

- La documentación no incluye la solicitud de resurtido
- El expediente médico no está firmado por el autor
- No se envió el expediente médico
- No se envió la orden médica detallada
- La orden médica no contiene el número de resurtidos
- La orden médica no incluye la frecuencia de uso
- La orden médica es ilegible
- Los expedientes médicos son de una fecha posterior al despacho y no contienen información suficiente para respaldar los requisitos de la LCD
- La orden no estaba válida para la fecha de servicio en la reclamación
- La documentación enviada está incompleta
- La orden médica no tiene la fecha de la orden

Código L5700 (Replacement Socket Below Knee)

- Los expedientes médicos no proveen documentación adecuada que respalde la necesidad del replazo del "socket" o de un componente mayor debido a una necesidad funcional y/o fisiológica
- No se recibió documentación médica
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- El proveedor facturó por uno o mas componentes prostéticos con un nivel funcional mas alto del nivel indicado en la evaluación del médico tratante como el nivel que el beneficiario es capaz de lograr

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
- 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
- Los expedientes del proveedor no incluyen el detalle de las modificaciones necesarias en el momento de la prueba de la órtesis hecha a la medida
- 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
- 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 incluyen uno de los diagnósticos requeridos por la LCD
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- No se enviaron los expedientes médicos
- La orden médica no tiene la fecha de la orden
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- No se incluyó la orden médica detallada

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 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
- Los expedientes médicos no respaldan uno de los cuatro criterios para órtesis de columna vertebral
- No se envió la orden médica detallada
- No se recibieron los expedientes médicos
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- La reclamación enviada es un duplicado de otra reclamación que ya ha sido procesada a través de la revisión del expediente médico
- La orden detallada no tiene fecha de la orden

Código K0001-K0004 (Standard/Standard Hemi/Lightweight/High Strength Lightweight Wheelchair)

- Los expedientes médicos no demuestran que cumple con los criterios de cobertura específicos para una K0003
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- Los expedientes médicos no demuestran que el uso de una silla de ruedas mejore significativamente la participación en las MRADL
- El examen cara a cara no indica que el beneficiario tiene una limitación de la movilidad que no puede resolverse con el uso del bastón o caminador adecuado
- Los expedientes médicos no demuestran que el beneficiario tiene la función en las extremidades superiores y la capacidad mental y física en un día típico como para auto impulsarse en la silla de ruedas
- La valoración de la casa no incluye el plano físico, las superficies que debe atravesar y/o los obstáculos
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- No se incluyó la valoración de la casa
- Los expedientes no demuestran que el beneficiario requiere una silla baja (17"-18") debido a la corta estatura o para permitirle al beneficiario colocar sus pies en el suelo para impulsarse

Códigos J7605, J7606, J7626, J7613 y J7620 (Arformoterol, Formoterol Fumarate, Budesonide, Albuterol, Albuterol e Ipratropium)

- No se incluyó la solicitud de resurtido válida
- Los expedientes médicos no incluyen la información suficiente como para respaldar el cumplimiento de los requisitos de la LCD para un diagnóstico de hipertensión pulmonar arterial
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio

Códigos J7507 y J7518 (Tacrolimus, Mycophenolic Acid)

- No se incluyó un la orden escrita detallada
- No se incluyó una orden de resurtido válida
- La cantidad de inmunosupresores despachados excede los 30 días
- No se enviaron los expedientes médicos
- La orden detallada es ilegible
- Se facturó por una cantidad mayor a la indicada en la orden escrita detallada
- La firma del médico en la orden médica no cumple con los requisitos de firma de CMS

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 lo 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 demuestran que se haya probado un tratamiento alternativo o se haya descartado
- Los expedientes médicos no muestran que el beneficiario tenga enfermedad pulmonar severa o síntomas relacionados con la hipoxia
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el ejercicio
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el descanso
- 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
- El beneficiario estaba ingresado para la fecha de servicio, 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
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- Los expedientes médicos no muestran que el beneficiario haya sido evaluado por el médico tratante 30 días antes de la certificación inicial

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 solicitud de resurtido válida
- No se envió una orden escrita válida
- Los expedientes médicos no incluyen una evaluación cara a cara después de ser elegible para Medicare o la evaluación no confirma el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño y el uso continuo del equipo de presión negativa para la vía aérea
- No se incluyó el estudio de sueño válido de acuerdo a los requisitos de la LCD
- La orden médica no es una orden válida. Es un formato que no contiene detalle suficiente para respaldar que los artículos entregados son los artículos ordenados por el médico
- La orden médica no incluye la descripción del artículo
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)

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 establecen que el apósito esté usándose como primario o secundario
- 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
- El tamaño de la herida en los expedientes médicos no justifica el código HCPCS que se facturó
- El código del apósito se facturó sin los modificadores A1-A9 para indicar el número de heridas tratadas con ese apósito en particular
- La evaluación mensual de la herida no incluye tipo de herida, localización, tamaño, profundidad, drenaje y otra información relevante
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- Se despachó mas 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 Alginato o similar haya sido usado para cubrir una herida con abundante exudado, (Úlcera estado 3 o 4)

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)
- 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
- El pago del lubricante no se hace por separado. Está incluido en el pago del paquete
- 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 enviaron los expedientes médicos
- No se incluyó la orden médica detallada válida
- Los expedientes médicos no documentan la razón específica de los suministros adicionales para este beneficiario en particular
- 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
- 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
- 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
- No se envió un ABN válido
- Se usó el modificador KS en un beneficiario tratado con insulina
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)



Educación en Español Programada para este Mes

- Septiembre 3: **Suministros para Diabéticos**
- Septiembre 5: **Oxígeno**
- Septiembre 10: **TENS**
- Septiembre 12: **Alimentación Enteral y Parenteral**

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

- Haga click en “**Education**”
- Haga click en “**Spanish 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. **Agosto 2: “Diabetic Shoe and RT LT Modifiers: Your Claims Could be Denied”**: Esta publicación le recuerda que debe facturar cada zapato en una línea diferente y usando el modificador adecuado. Esto aplica para la facturación del mismo código HCPCS en la misma fecha de servicio. Para mayor información consulte este artículo.
2. **Agosto 6: “New Medicare Card: Questions about using the MBI?”**: En esta publicación se recuerda a los proveedores que el MBI usa números del 0 al 9 y letras mayúsculas exceptuando S, L, O, I, B y Z, con

el fin de evitar confusión entre los números y las letras. A partir de Enero 1 del 2020 rechazaremos las reclamaciones y las solicitudes de elegibilidad enviadas con el HICN. Para mayor información consulte este artículo.

3. **Agosto 12: “DMEPOS: Bill Correctly for Items Provided During Inpatient Stay”:** En esta publicación se le recuerda a los proveedores que Medicare no le pagará al proveedor por artículos entregados al beneficiario cuando este está ingresado. Para mayor información consulte esta publicación y la guía desarrollada por CMS llamada “Medicare DMEPOS Improper Inpatient Payments Fact Sheet”.
4. **Agosto 15: “Why Resubmitting Claims is a Better Option”:** En esta publicación se le recuerda a los proveedores que cuando reciben una denegación de una reclamación por un error corregible es mejor retransmitir la reclamación en lugar de solicitar una reapertura, pues tiene los siguientes beneficios:
 - Procesamiento más rápido: Las reclamaciones electrónicas se procesan en 17 días, en lugar de esperar 60 días por una reapertura
 - Recibe el pago más rápido

Para mayor información consulte esta publicación.

5. **Agosto 22: “Correct Coding-Partial Hand Prostheses”:** En esta publicación se menciona que se han recibido reclamaciones por prótesis parciales de mano incorrectamente codificadas. Los códigos L6000, L6010 y L6020 describen a la prótesis parcial de mano y puede no describirla en su totalidad. Los códigos “L” para las adiciones, se usan para describir las características y funciones no incluidas en el código “L” de la base. Los códigos “L” disponibles pueden ser específicos para una amputación parcial de mano o para niveles no específicos de amputaciones de extremidad superior. El uso de códigos “L” con niveles específicos de amputación proximal a parcial de mano deberán considerarse como incorrectos. El código HCPCS L7499 (Upper extremity prosthesis not otherwise specified) no debe usarse para facturar características o funciones incluidas en el código “L” de la base o cuando existe un código “L” específico. Para preguntas relacionadas con codificación, comuníquese con el contratista del PDAC.

Para mayor información consulte esta publicación.

6. **Agosto 27: “Billing Update: Changes to Loaner Equipment and Repairs Modifiers-K0462”:** En esta publicación se le explica a los proveedores que Medicare pagará por el remplazo de un DMEPOS mientras este esté siendo reparado. En estas situaciones el proveedor de DME le dará al beneficiario un equipo en préstamo. El proveedor deberá facturar el código K0462 (Temporary Replacement For Patient Owned Equipment Being Repaired, Any Type) e incluir la siguiente información en la reclamación:
 - Descripción, marca y modelo del equipo en reparación
 - Descripción, marca y modelo del equipo dado como remplazo
 - Descripción de lo que está siendo reparado
 - Razón por la cual la reparación tomará más de un día en completarse

El siguiente es un ejemplo en inglés de la información que debe incluir en la reclamación:

“Blower broken on PAP, Pur-06/15, loaner-ResMEd S8 Elite II. PBO”

Tenga en cuenta que el pago por este código es equivalente a un mes de renta del equipo de propiedad del beneficiario y por lo tanto no tiene una tarifa establecida. Para mayor información consulte esta publicación.

7. **Agosto 29: “KF Modifier Use-Correct Coding”:** En esta publicación se le recuerda a los proveedores que para facturar los equipos Clase III (de acuerdo a la clasificación de la FDA) deben usar el modificador “KF”. Estos códigos son: E0617, E0747, E0748, E0760, E0766, K0553, K0554, K0606, K0607, K0608, K0609 y E0764.

La lista con la descripción de los códigos que a la fecha requieren este modificador se encuentra en esta publicación.



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. **Carta Respetado Doctor "Medicare y la Calificación del Estudio de Sueño"**: Esta carta contiene la información que su médico necesita saber acerca de la metodología que acepta Medicare para la calificación del estudio de sueño. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección "Medical Review".
2. **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. Remplazó a la antigua tabal de denegación de la ANSI. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección "Online Tools & Calculators".
3. **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
4. **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

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.

