

NOTICIAS DEL MES



— SEPTIEMBRE 2024 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Revisiones de las LCD y los Artículos de la Política

Equipos de Alta Frecuencia para la Oscilación de la Pared del Tórax. Efectivo agosto 8, 2024.

- Artículo de la Política:
 - Agregado: se agregó el código G72.41 al grupo 1 de los códigos ICD-10

Equipos de Inspiración y Espiración Mecánica. Efectivo agosto 8, 2024.

- Artículo de la Política:
 - Agregado: se agregaron los códigos G71.12, G71.13, G71.14, G71.19, G71.3, G71.8, G72.0, G72.1, G72.2, G72.89, G73.7, J98.6, M33.02, M33.12, M33.22, M33.92, M34.82 y M35.03 al grupo 1 de los códigos ICD-10

Asientos para Sillas de Ruedas. Efectivo agosto 29, 2024.

- Artículo de la Política:
 - Agregado: se agregaron los códigos G70.00 y G70.01 a los grupos 2 y 4 de los códigos ICD-10

2. Nuevos códigos de órtesis que requieren pre-autorización y WOPD

- Efectivo agosto 12, 2024 CMS seleccionó seis códigos adicionales que requieren de pre-autorización en todo el país a partir de agosto 12, 2024: L0631, L0637, L0639, L1843, L1845, L1951.
- CMS también seleccionó ocho códigos adicionales para el encuentro cara a cara y la orden escrita antes de la entrega (WOPD) requerida: L0635, L0636, L0638, L0639, L0640, L0651, L1845 y L1852
- Efectivo agosto 12, 2024 Medicare no requerirá de pre-autorización, ni de encuentro cara a cara, ni de orden escrita antes de la entrega para el código HCPCS L1833.

3. Camas hospitalarias que requieren encuentro cara a cara y WOPD a partir de agosto 12, 2024

- Medicare ha seleccionado tres códigos de camas hospitalarias que a partir de agosto 12, 2024 requieren encuentro cara a cara y orden escrita antes de la entrega (WOPD): E0290, E0301 y E0304.
- El proveedor deberá obtener una orden escrita del médico tratante antes de la entrega. La orden deberá ser una Orden Escrita Estándar (SWO) válida.
- El profesional tratante debe documentar y comunicarle al proveedor de DME que ha tenido un encuentro cara a cara con el paciente dentro de los seis meses anteriores a la fecha de la orden escrita.

4. Suspendida la Pre-Autorización para los Estimuladores de la Osteogénesis

- Efectivo agosto 28, 2024 CMS suspendió la pre-autorización de los estimuladores de la osteogénesis códigos HCPCS E0747, E0748 y E0760.

5. Reportes Trimestrales de Revisión Médica

- Tasas de Exclusión: resultados de los proveedores para las revisiones del TPE realizadas entre abril 2024 y junio 2024:
 - 10 reclamaciones piloto: 42% pasaron exitosamente
 - Ronda 1: 75% lograron exitosamente la exclusión
 - Ronda 2: 56% lograron exitosamente la exclusión
 - Ronda 3: 60% lograron exitosamente la exclusión

Consulte esta publicación para obtener los detalles de los códigos HCPCS, la tasa de error y la Determinación de Cobertura Local correspondiente <https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/reports.html>

6. myCGS Versión 8.9

- En esta versión se han hecho mejoras en la pantalla de SNF/Hospital. Esta pantalla ahora incluye la información acerca de la fecha de la última actualización “Last Updated” realizada en el CWF (Common Working Files).

Start Date	End Date	Facility Type	Patient Status	Admitted Date	Discharge Date	Last Updated	Facility NPI
11/01/2016	11/22/2016	SNF Inpatient Last Claim	Discharged to home or self care (routine discharge)	10/28/2016	11/22/2016	12/12/2016	1942662416
10/28/2016	10/31/2016	SNF Inpatient First Claim	Still patient	10/28/2016		11/14/2016	1942662416
10/21/2016	10/28/2016	Hospital Inpatient Admission to Discharge	Discharged/transferred to Long Term Care Hospital	10/21/2016	10/28/2016	11/08/2016	1770573586
05/01/2016	05/06/2016	Hospital Inpatient Admission to Discharge	Discharged to home or self care (routine discharge)	05/01/2016	05/06/2016	05/17/2016	1770573586

7. Instrucciones para la facturación del Capecitabine oral (medicamento anticáncer)

- Para las fechas de servicio de octubre 1, 2024 y posteriores el Capecitabine oral (J8520 y J8521) se facturará bajo la LCD 33826 (Determinación de Cobertura Local para Medicamentos Orales Anticáncer).
- A partir de octubre 1, 2024 facture estos medicamentos con el código HCPCS J8999 (medicamento oral, quimioterapéutico, NOS) hasta que el código J8522 (Capecitabine Xeloda) sea implementado en el sistema. Agregue en la nota de la reclamación el nombre del medicamento (Capecitabina o Xeloda) la dosis y el Código Nacional de Medicamentos (NDC). La nota deberá ir en el segmento NTE2400 para las reclamaciones electrónicas o en la casilla 19 para las reclamaciones en papel.
- No facture con el código J8522 (Capecitabine Xeloda) sino hasta que los cambios en el sistema sean implementados para permitirle enviar los Códigos Nacionales de Medicamentos (NDC).
- Le avisaremos cuando puede facturar con los códigos NDC para esos medicamentos.

8. Nueva herramienta para el modificador “KU”

- Esta herramienta le permite saber cuándo usar el modificador “KU” para un accesorio usado en una silla de ruedas manual o motorizada. Seleccione la categoría que está facturando e ingrese el código HCPCS del accesorio.
- Usted puede también necesitar el modificador “KY” para los accesorios usados con las sillas motorizadas del Grupo 3 (K0848-K0864). Para revisar los demás modificadores, use la herramienta para los modificadores “KE” y “KY”
https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/ke_ky_modifier_tool/ke_ky_modifier_tool.aspx (en inglés) y la herramienta “AME”
https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/advanced_modifier_engine/ (en inglés).

- La herramienta se encuentra en https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/ku_modifier/ku_modifier.aspx (en inglés)



Educación en Español Programada para este Mes

- **Septiembre 5:** monitores para medir la glucosa y suministros (BGM y CGM)
- **Septiembre 10:** órtesis espinales (fajas para espalda)
- **Septiembre 12:** denegaciones y apelaciones
- **Septiembre 17:** nebulizadores y medicamentos para nebulizar
- **Septiembre 19:** oxígeno

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 el enlace 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. Agosto 1: “Clinicians! Are You Ordering PAP Devices and Related Accessories for Your Patients?” En esta publicación se les informa a los proveedores que Medicare puede pagar por los equipos de presión positiva para la vía aérea (PAP) y sus accesorios relacionados, cuando los expedientes médicos muestran que el paciente tiene una apnea obstructiva del sueño (OSA) y cumple con la documentación médica, con los resultados de las evaluaciones y con las condiciones de salud como se especifica en el “Manual de CMS Solamente en Internet (IOM)”, Manual de Determinaciones Nacionales de Cobertura (NCD) Publicación 100-03, capítulo 1, parte 4, sección 240.4 y en la Determinación de Cobertura Local de Equipo Médico Duradero (DME) para Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) para el Tratamiento de la Apnea Obstructiva del Sueño (OSA) L33718.

La cobertura de Medicare para los equipos de PAP y sus accesorios comienza con un periodo de evaluación de 12 semanas. Para que un proveedor pueda proveer un equipo de PAP debe ocurrir lo siguiente:

- Una evaluación en persona para discutir los problemas relacionados con el sueño que el paciente está experimentando. Documentar los signos y síntomas del desorden respiratorio del sueño (ronquidos, somnolencia diurna, apneas observadas, asfixia o jadeo durante el sueño y dolor de cabeza matutino), duración de los síntomas y un inventario válido de la higiene del sueño (como la Escala de Somnolencia de Epworth). También deben documentarse los hallazgos pertinentes del examen físico como el índice de masa muscular, la circunferencia del cuello, el examen de las vías respiratorias superiores y el examen cardiopulmonar.
- Después de la visita debe haber un polisomnograma realizado en una institución (estudio tipo 1) o un estudio del sueño ingresado en un hospital o en la casa (tipo 2, 3, 4 u otro) que cumpla con los requisitos de pago del IOM 100-03 capítulo 1 (vea la referencia anterior), de las LCD del A/B MAC que apliquen y de los Artículos de Facturación y Codificación del A/B MAC. El estudio debe realizarse usando un equipo aprobado por la FDA.
- Los resultados del estudio del sueño deben mostrar un índice de apnea-hipopnea (AHI) o un índice de alteración respiratoria (RDI) mayor o igual a 15 eventos por hora con un mínimo de 30 eventos o un AHI o RDI mayor o igual a 5 y menor o igual a 14 eventos por hora con un mínimo de 10 eventos y documentación de somnolencia diurna excesiva, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, insomnio o hipertensión, cardiopatía isquémica o antecedentes de accidente cerebrovascular. Tenga en cuenta que para Medicare, la hipopnea se define como un evento respiratorio anormal que dura al menos 10 segundos asociado con al menos una reducción del 30 % en el movimiento toracoabdominal o el flujo de aire en comparación con el valor inicial y con al menos una disminución del 4 % en la saturación de oxígeno. Además, los despertares relacionados con el esfuerzo respiratorio (RERA) no se incluyen en el cálculo del AHI/RDI. Este estudio del sueño debe realizarse en la fecha de la visita en persona en la cual se documentaron los signos y síntomas de la OSA o después.
- Si el paciente tiene un diagnóstico de OSA, la interpretación del estudio del sueño indica que se cumple el requisito del umbral de AHI/RDI y el médico determina que el paciente se beneficiaría de la terapia con el PAP. Por lo tanto, el médico puede ordenar un equipo de PAP y los accesorios relacionados.

Los pasos anteriores le permitirán al proveedor de DME facturar a Medicare por tres meses de renta del equipo de PAP y sus accesorios.

Entre el día 31 y el 91 después de iniciar la terapia con el PAP, la documentación del expediente médico debe mostrar una reevaluación en persona del paciente para evaluar el beneficio de la terapia con el PAP. La documentación debe respaldar que los síntomas de la OSA del paciente han mejorado y puede incluir detalles adicionales sobre cómo el equipo de PAP ha ayudado al paciente. Debe demostrar que el paciente se adhiere a la terapia y que el médico ha revisado la documentación de la adherencia. La adherencia a la terapia se define como el uso del equipo de PAP por 4 horas o más por noche en el 70% de las noches durante un período consecutivo de treinta días y en cualquier momento durante los primeros tres meses de uso. La documentación de la adherencia del paciente a la terapia con el PAP se puede lograr mediante la revisión de la información almacenada en el equipo de PAP mediante la inspección visual, descargando los datos del equipo de PAP o a través del acceso a una página de internet con los datos transmitidos por el equipo de PAP. Esta información debe mantenerse en los expedientes médicos del paciente y estar disponible si se solicita.

La reevaluación en persona no tiene que ser completada por el profesional médico que ordenó el equipo de PAP. Puede ser completada por otro médico o por otro profesional médico que le haga seguimiento al paciente. Por ejemplo, si el especialista en sueño ordena el equipo de PAP, pero el paciente va dos meses después a su médico primario para reevaluación, esto se consideraría como aceptable y cumpliría con los criterios de Medicare para la reevaluación.

La orden médica (SWO) para el equipo de PAP debe contener lo siguiente:

- Nombre del beneficiario o el MBI (*Medicare Beneficiary Identifier*)
- Fecha de la orden
- Descripción del artículo ordenado
- Cantidad para despachar, si aplica
- Nombre del profesional tratante o NPI
- Firma del profesional tratante

Para más información consulte esta publicación.

2. Agosto 15: “Ohtuvayre® (ensifentrine) - Correct Coding and Coverage” En este artículo se les informa a los proveedores que Ohtuvayre® (ensifentrina) es una nueva solución para inhalación aprobada por la FDA en junio 26, 2024 y está indicada para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) en pacientes adultos. La dosis recomendada es de 3 mg (una ampolla) dos veces al día administrada por inhalación oral utilizando un nebulizador con boquilla. Ohtuvayre® viene en una caja de 60 ampollas de dosis única (NDC 83034-003-60). En la reclamación, los proveedores deben indicar las unidades de servicio entregadas como el número de miligramos (mg). Las reclamaciones por Ohtuvayre® (ensifentrina) para fechas de servicio a partir de junio 26, 2024 deben tener el código HCPCS J7699 (medicamentos NOC, solución para inhalación administrada a través de DME). Se recuerda a los proveedores que al presentar reclamaciones por artículos codificados J7699, el proveedor debe incluir la siguiente información en cada reclamación: nombre del medicamento, fabricante y dosis. Esta información debe ir en el segmento NTE 2300 o NTE 2400 de la reclamación electrónica o en la casilla 19 de la reclamación en papel.

Para más información consulte esta publicación.

3. Agosto 22: “Correct Coding of Elbow, Shoulder, Shoulder-Elbow-Wrist-Hand and Shoulder-Elbow-Wrist-Hand-Finger Braces (Orthoses) – Revised” En este artículo conjunto de los DME, se incluye la lista de los códigos HCPCS que deben usarse al facturar Ortesis de Codo, Ortesis de Hombro, Ortesis Codo-Muñeca-Mano y Ortesis de Hombro-Codo-Muñeca-Mano-Dedos de la Mano.

Para más información consulte esta publicación en

<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2021/11/cope24036.html> (en inglés).



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 “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/c/espanol/index.html>
2. **Nuevas “Cartas Respetado Doctor”:** las siguientes cartas han sido actualizadas: órtesis AFO/KAFO, órtesis de rodilla, pre-autorización para las superficies de apoyo grupo 2, pre-autorización para las sillas de ruedas motorizadas, encuentro cara a cara y orden WOPD, camas hospitalarias.

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 inscríbase 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 su inscripción.
 - verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS.

Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS

Sus sugerencias o comentarios son importantes para nosotros, déjenos saber cómo ayudarle escribiéndonos a liliana.hewlett@cgsadmin.com

* Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC ni 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 (NCD), 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.

