26 CENTURY BLVD STE ST610 | NASHVILLE, TN 37214-3685 | CGSMEDICARE.COM

CGS®
A CELERIAN GROUP COMPANY

EQUIPO DE PRESIÓN POSITIVA PARA LA VÍA AÉREA (PAP): REMPLAZO
Remplazo del PAP- Revisado Agosto 2023

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Para que Medicare proporcione reembolso por el remplazo de los equipos de presión positiva para la vía aérea (PAP) utilizados para tratar la apnea obstructiva del sueño (OSA), se deben cumplir los requisitos de documentación de la necesidad médica para los criterios de cobertura. La siguiente información tiene como objetivo brindarle una guía resumida sobre los criterios de cobertura de Medicare y los requisitos de documentación para los equipos de PAP.

Una carta "Respetado Doctor" separada aborda la documentación necesaria para que su paciente reciba el equipo PAP inicial.

Hay dos escenarios en los cuales su paciente diagnosticado con OSA puede calificar para un equipo de remplazo y/o suministros. Primero, deben inicialmente haber tenido un equipo pagado por Medicare. Segundo, el equipo inicial fue pagado antes de ingresar a Medicare. Los requisitos para el remplazo del equipo son diferentes para cada uno de esos escenarios y se describen a continuación.

Escenario 1: Equipo Inicial Pagado por Medicare

Para su paciente que fue diagnosticado con OSA mientras estaba inscrito en Medicare FFS (Fee-for-Service) y para el cual Medicare pagó por su equipo de PAP, el remplazo del equipo se basa en el uso continuo del equipo por parte del paciente y la limitación estatutaria para el remplazo basada en los cinco (5) años de tiempo razonable de vida útil (RUL) del equipo. Medicare no paga por remplazo de rutina. Un equipo de PAP puede ser remplazado antes de los cinco (5) años de vida útil (RUL) únicamente cuando el equipo se ha perdido, ha sido robado o se ha dañado irreparablemente debido a un incidente específico. Si el equipo de PAP ha excedido los 5 años de RUL, el paciente puede elegir recibir un equipo nuevo; sin embargo, no hay una regla de Medicare que requiera que el paciente lo haga.

Los requisitos de documentación difieren, dependiendo si el paciente está remplazando o no el equipo de PAP antes o después de los 5 años de RUL:

- Remplazo **antes** de los 5 años: Si un equipo de PAP es remplazado antes de los 5 años de RUL debido a pérdida, robo o daño irreparable debido a un incidente específico, no se requiere una nueva evaluación clínica, ni un estudio de sueño nuevo, ni un nuevo periodo de prueba; sin embargo, usted debe proveer:
    - Una nueva orden escrita estándar (SWO)
- Remplazo **después** de los 5 años: Si un equipo de PAP es remplazado después de los 5 años de la RUL, no se necesita un nuevo estudio de sueño, ni un nuevo periodo de prueba; sin embargo, usted debe proveer:
    - Una nueva SWO y
    - Una evaluación en persona o a través de Telemedicina aprobada por Medicare que documente que su paciente:
        - Tiene un diagnóstico de OSA y
        - Continúa usando el equipo de PAP y
        - Se beneficia con el uso del equipo de PAP

© 2023, CGS Administrators, LLC
CGS Administrators, LLC is a Medicare Part A, B, Home Health and Hospice, and DME Medicare Administrative Contractor for the Centers for Medicare & Medicaid Services.

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Para el reemplazo de accesorios o suministros (por ejemplo, interfaces, tubos, filtros, cámaras humidificadoras), para un equipo de PAP pagado inicialmente por Medicare, se supone que ya se ha establecido la necesidad médica del equipo de PAP. Por lo tanto, para tomar una determinación de pago por accesorios o suministros de reemplazo:

1. Los expedientes del profesional tratante deben contener documentación de que el equipo de PAP sigue satisfaciendo las necesidades médicas y
2. Los expedientes del proveedor deben respaldar la necesidad de reemplazar el accesorio para mantener la funcionalidad del equipo y satisfacer la necesidad médica del beneficiario

Escenario 2: Equipo Inicial Recibido Antes de Medicare

Para su paciente que ha recibido el equipo de PAP antes de la inscripción a Medicare FFS y ahora está buscando cobertura de Medicare bien sea para el remplazo del equipo de PAP y/o los accesorios, los siguientes requisitos de cobertura deben cumplirse:

1. Estudio de Sueño - Debe haber documentación de que el paciente ha tenido un estudio de sueño ates de FFS Medicare, el cual cumple con los criterios de cobertura del índice de apnea -hipopnea (AHÍ)/ índice de alteración respiratoria (RDI) de FFS Medicare efectivos en el momento en el cual su paciente busca el remplazo del equipo de PAP y/o los accesorios. Se le recuerda que los requisitos actuales son:

    a. El AHI o RDI es mayor o igual a 15 eventos por hora, con un mínimo de 30 eventos o

    b. El AHI o RDI es de 5 a 14 eventos por hora con un mínimo 10 eventos y documentar la somnolencia excesiva diurna, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, insomnio o hipertensión, enfermedad cardiaca isquémica o historia de accidente cerebro vascular.

    (Nota: Para efectos de esta política, el cálculo del AHI o el RDI incluye solamente apneas e hipopneas. La agitación relacionada con el esfuerzo respiratorio o RERA no debe usarse en el cálculo del AHI o el RDI. Adicionalmente, Medicare define hipopnea como un evento respiratorio anormal que dura al menos 10 segundos y es asociado con al menos el 30% de la reducción en el movimiento toraco abdominal o el flujo de aire, si se compara con la línea de base y una disminución de por lo menos el 4% en la saturación de oxígeno).

2. Evaluación Clínica: Después de la inscripción a FFS Medicare, el beneficiario debe tener una evaluación hecha por usted en persona o a través de Telemedicina aprobada por Medicare, que documente que su paciente:

    a. Tiene un diagnóstico de OSA y

    b. Continúa usando el equipo de PAP

Este resumen no pretende reemplazar las leyes escritas, los reglamentos, las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) ni las Determinaciones de Cobertura Local (LCD). Los requisitos de cobertura, codificación y documentación se pueden encontrar en la LCD de "Positive Airway Pressure (PAP) Devices for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea" (L33718) y en el Artículo de la Política relacionado (A52467), localizados en la base de Datos de Cobertura de Medicare en https://www.cms.gov/medicare-coverage-database

Los proveedores de prótesis, ortesis y suministros de equipos médicos duraderos (DMEPOS) son sus socios en el cuidado de su paciente. Ellos no recibirán pago de Medicare por los artículos ordenados para su paciente si usted no le proporciona la información del expediente médico del paciente al proveedor cuando se solicita. Además, si no le proporciona al proveedor la información solicitada, es posible que su paciente tenga que pagar por el artículo. Finalmente, su cooperación es un requisito legal como se describe en la Ley de Seguridad Social (Social Security Act), que es la ley que rige Medicare. Ayude a su proveedor de DMEPOS a continuar brindando la más alta calidad de servicio a su paciente entregándole rápidamente la información solicitada.

Su participación y cooperación con el proveedor en este proceso permitirá que su paciente reciba el tipo de equipo más adecuado. Apreciamos todos sus esfuerzos para brindar servicios de calidad a sus pacientes de Medicare.

Sinceramente,

Smitha M. Ballyamanda, MD, CAQSM
Medical Director, DME MAC, Jurisdiction A
Noridian Healthcare Solutions, LLC

Robert D. Hoover, Jr., MD, MPH, FACP
Medical Director, DME MAC, Jurisdiction C
CGS Administrators, LLC

Sunil V. Lalla, MD, FACS, CPC
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción B
CGS Administrators, LLC

Angela S. Jenny, DO
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción D
Noridian Healthcare Solutions, LLC