



Órtesis Tobillo-Pie/Rodilla-Tobillo-Pie

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Todas las reclamaciones por Órtesis Tobillo-Pie/Rodilla-Tobillo-Pie

Orden Escrita Estándar (SWO):

Nombre del beneficiario o MBI (Medicare Beneficiary Identifier)

Fecha de la orden

Descripción general del artículo

La descripción puede ser general (Ej. órtesis de tobillo), un código HCPCS, la descripción del código HCPCS o la marca/número de modelo

Para equipo - Junto con la descripción del equipo de base, la SWO puede incluir todas las opciones, accesorios o características adicionales actualmente ordenadas, que va a facturarse por separado o que requieren un código mejorado (enumere cada una por separado)

Para suministros - Junto con la descripción del artículo de base, la orden/prescripción del DMEPOS puede incluir todos los suministros que han sido ordenados actualmente y que se van a facturar por separado (enumere cada uno por separado)

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional tratante que cumpla con los **requisitos de firma de CMS:**

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

La Orden Escrita Estándar o SWO se obtuvo antes de enviar la reclamación a Medicare

Cualquier cambio o corrección debe tener las iniciales/firma del profesional que receta y este debe escribir la fecha del cambio o la corrección.

Documentación de Entrega

Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo Número de Rastreo	Servicio de Envío o Correo Con firma de Recibido
<p>Nombre del Beneficiario</p> <p>Dirección de Entrega</p> <p>Cantidad Entregada</p> <p>Descripción del artículo que va a ser entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/número de modelo</p> <p>Firma de la persona que acepta la entrega</p> <p>Relación con el Beneficiario</p> <p>Fecha de entrega</p>	<p>Documento de Envío</p> <p>Nombre del Beneficiario</p> <p>Dirección de Entrega</p> <p>Descripción del artículo que va a ser entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/número de modelo.</p> <p>Cantidad enviada</p> <p>Documento de Rastreo</p> <p>Referencia para cada paquete individual</p> <p>Dirección de Entrega</p> <p>Numero de Identificación del Paquete (I.D #)</p> <p>Fecha de Envío</p> <p>Fecha de Entrega</p> <p>Un numero de referencia común (I.D. # de la caja, P.O. #, etc.) que establezca un vinculo entre el documento de envío y el número de rastreo (puede ser manuscrito por el proveedor en uno o ambos documentos)</p>	<p>Documento de Envío</p> <p>Nombre del Beneficiario</p> <p>Dirección de Entrega</p> <p>Descripción de todos los artículos, opciones accesorios o características adicionales que van a facturarse por separado o requieren un código de una mejora (upgraded). La descripción puede ser una descripción general (Ej. silla de ruedas o cama hospitalaria), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo</p> <p>Cantidad enviada</p> <p>Fecha de Envío</p> <p>Firma de la persona que acepta el despacho</p> <p>Relación con el Beneficiario</p> <p>Fecha de Entrega</p>



NOTA: Los artículos ajustados a la medida (Custom Fitted) o fabricados a la medida (Custom Fabricated) requieren de prueba en el momento de la entrega (No pueden ser enviados al beneficiario).

EXPEDIENTES MÉDICOS

Órtesis de Tobillo-Pie (AFO) No Usadas Durante la Deambulaci3n

Una L4396 o L4397 (3rtesis de tobillo-pie de posicionamiento est3tico o dinámico) est3 cubierta si se cumplen todos los criterios 1 - 4 o el criterio 5

1. Contractura en flexi3n plantar del tobillo (para los diagn3sticos aplicables consulte los C3digos del Grupo 1 en la lista de c3digos ICD-10 del Art3culo de la Pol3tica relacionado con la LCD) con dorsiflexi3n en la prueba de rango de movimiento pasivo de al menos 10 grados (es decir, una contractura no fija) y
 2. Expectativa razonable de la capacidad de corregir la contractura y
 3. La contractura interfiere o se espera que interfiera significativamente con las capacidades funcionales del beneficiario y
 4. Es utilizada como un componente de un programa de terapia que incluye el estiramiento activo de los m3sculos y/o tendones involucrados
- O
5. El beneficiario tiene fascitis plantar (para los diagn3sticos aplicables consulte los C3digos del Grupo 1 en la lista de c3digos ICD-10 del Art3culo de la Pol3tica relacionado con la LCD)
 - Cuando se utiliza una L4396 o L4397 para el tratamiento de una contractura en flexi3n plantar, el rango de movimiento pasivo antes del tratamiento debe medirse con un goni3metro y documentarse en el expediente m3dico

Órtesis de Tobillo-Pie (AFO) y Órtesis Rodilla-Tobillo-Pie (KAFO) Usadas Durante la Deambulaci3n

Órtesis de tobillo-pie (AFO) descritas con los c3digos L1900, L1902, L1904, L1906, L1907, L1910, L1920, L1930, L1932, L1940, L1945, L1950, L1951, L1960, L1970, L1971, L1980, L1990, L2106, L2108, L2112, L2114, L2116, L4350, L4360, L4361, L4386, L4387 y L4631

- Los expedientes m3dicos documentan un beneficiario ambulatorio con debilidad o deformidad en el pie y el tobillo, que tambi3n
- Requiere estabilizaci3n por razones m3dicas y
- Tiene el potencial de beneficiarse funcionalmente

Órtesis de rodilla-tobillo-pie (KAFO) descritas con los c3digos L2000, L2005, L2006, L2010, L2020, L2030, L2034, L2035, L2036, L2037, L2038, L2126, L2128, L2132, L2134, L2136 y L4370

- Los expedientes m3dicos documentan lo mencionado anteriormente para un beneficiario ambulatorio y que adicionalmente requiere estabilidad en la rodilla

Las AFO y KAFO fabricadas a la medida est3n cubiertas para los beneficiarios ambulatorios cuando se cumplen los criterios b3sicos de cobertura anteriores y uno de los siguientes criterios adicionales:

- El beneficiario no pudo adaptarse a una AFO prefabricada o
- Se espera que la condici3n que requiere la 3rtesis sea permanente o de larga duraci3n (m3s de 6 meses) o
- Es necesario controlar la rodilla, el tobillo o el pie en m3s de un plano o
- El beneficiario tiene una condici3n neurol3gica, circulatoria u ortop3dica documentada que requiere una fabricaci3n personalizada sobre un modelo para evitar lesiones en los tejidos o
- El beneficiario tiene una fractura en proceso de curaci3n que no tiene la integridad anatómica normal o las proporciones antropométricas

**PARA TENER EN CUENTA**

Órtesis fabricadas a la medida (L1904, L1907, L1920, L1940, L1945, L1950, L1960, L1970, L1980, L1990, L2000, L2005, L2006, L2010, L2020, L2030, L2034, L2036, L2037, L2038, L2106, L2108, L2126, L2128, L4631).

Debe haber documentación en los expedientes del proveedor que respalde la necesidad médica de ese tipo de artículo en lugar de una órtesis prefabricada.

- Proporcionar el artículo especificado por el profesional tratante
- El expediente médico del profesional tratante justifica la necesidad del tipo de artículo (es decir, prefabricado versus fabricado a la medida)
- Facturar el código HCPCS que refleje exactamente tanto el tipo de órtesis como el nivel adecuado de ajuste
- Tener documentación detallada en el expediente del proveedor que justifique el código seleccionado

Adiciones fabricadas a la medida (L2180, L2182, L2184, L2186, L2188, L2190, L2192, L2200, L2210, L2220, L2230, L2232, L2240, L2250, L2260, L2265, L2270, L2275, L2280, L2300, L2310, L2320, L2330, L2335, L2340, L2350, L2360, L2370, L2375, L2380, L2385, L2387, L2390, L2395, L2397, L2405, L2415, L2425, L2430, L2492, L2500, L2510, L2520, L2525, L2526, L2530, L2540, L2550, L2750, L2755, L2760, L2768, L2780, L2785, L2795, L2800, L2810, L2820, L2830) son apropiadas solamente para las órtesis de base fabricadas a la medida y no deben facturarse con órtesis de base prefabricadas.

Las adiciones se rechazarán como no razonables y necesarias si la órtesis base no es razonable y necesaria o si la adición específica no es razonable y necesaria.

Órtesis prefabricadas (L1902, L1906, L1910, L1930, L1932, L1951, L1971, L2035, L2112, L2114, L2116, L2132, L2134, L2136, L4350, L4360, L4361, L4370, L4386, L4387, L4396, L4397, L4398).

No hay diferencia física entre las órtesis codificadas como ajustadas a la medida y las codificadas como OTS (prefabricadas).

El factor diferenciador para realizar una codificación correcta es la necesidad de un “autoajuste mínimo” por parte del beneficiario, el cuidador del beneficiario o el proveedor, en el momento de la colocación.

Este autoajuste mínimo no requiere los servicios de un ortesista certificado o de una persona con entrenamiento especializado. Los artículos que requieren un autoajuste mínimo se codifican como órtesis OTS (prefabricadas). Por ejemplo, el ajuste de correas y cierres, el doblado o recorte para lograr un ajuste final o más comodidad (entre otros) entran en esta categoría.

La fabricación de una órtesis utilizando CAD/CAM o tecnología similar sin la creación de un molde positivo con un autoajuste mínimo en el momento de la entrega se considera OTS (prefabricada).

Órtesis ajustadas a la medida (L1910, L1930, L1932, L1951, L1971, L2035, L2112, L2114, L2116, L2132, L2134, L2136, L4360, L4386, L4396).

Están codificadas como ajustadas a la medida y requieren más que un autoajuste mínimo por parte de un profesional calificado.

La documentación debe ser lo suficientemente detallada para incluir, sin limitarse a, una descripción detallada de las modificaciones necesarias al momento de colocar la órtesis al beneficiario.

RECURSOS EN LÍNEA

- Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y Artículos de la Política
<https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.html>
- Definiciones utilizadas para aparatos ortopédicos prefabricados listos para usar versus ajustados a la medida: codificación correcta
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2021/03/cope20993.html>
- Manual del Proveedor del DME MAC
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>



- Estándares de Calidad del DMEPOS
<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/DMEPOSQuality/DMEPOSQualBooklet-905709.html>

NOTA

Se espera que los expedientes médicos del beneficiario reflejen la necesidad del cuidado provisto. Estos expedientes no deben ser enviados de forma rutinaria al DME MAC, pero deben estar disponibles cuando sean solicitados. Por lo tanto, aunque no es un requisito, se recomienda que los proveedores obtengan y revisen los expedientes médicos apropiados y mantengan una copia de los mismos en el expediente del beneficiario

EXCENCION DE RESPONSABILIDAD

Este documento fue preparado como una herramienta educativa y no pretende garantizar derechos ni imponer obligaciones. Esta lista de chequeo puede contener referencia o enlaces de internet a leyes, regulaciones u otro material público. La información acá proporcionada solamente pretende ser un resumen. No tiene como intención remplazar o tomar el lugar de la ley escrita o de las regulaciones. Se les pide a los proveedores que consulten el manual del proveedor del DME MAC Jurisdicción C y la Política de Determinación de la Cobertura Local o LCD/Artículo de la Política, para obtener los detalles completos y exactos de las políticas y las regulaciones.