

Respetado Doctor,

Para que Medicare rembolse una Silla de Ruedas Manual (MWC), se deben cumplir los requisitos de documentación de necesidad médica de ciertos criterios de cobertura. La siguiente información tiene como objetivo brindarle una guía resumida sobre la cobertura de Medicare y los requisitos de documentación para las bases de las MWC.

Documentación de la Necesidad Médica

CMS requiere que la MWC sea razonable y necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con una malformación. La información para respaldar la necesidad médica de la MWC provendrá de su documentación y la de otros profesionales de la salud calificados. A continuación, se proporciona un resumen de los criterios de cobertura para las MWC.

Tenga en cuenta que: la documentación del expediente médico para la MWC debe demostrar una imagen de las capacidades y las limitaciones funcionales de su paciente dentro del hogar en un día típico. El examen debe centrarse en los sistemas del cuerpo que son responsables de la dificultad de deambulación del paciente o del impacto en la capacidad de deambulación del paciente. Los términos inespecíficos como "dificultad para caminar" son insuficientes ya que no abordan objetivamente la limitación de la movilidad ni proporcionan una imagen clara de los déficits de movilidad del paciente cuando participa en actividades de la vida diaria relacionadas con la movilidad (MRADL). Los expedientes médicos del paciente incluyen los expedientes de la oficina del profesional tratante, los expedientes del hospital, los expedientes del centro de cuidado de ancianos, los expedientes de la agencia de cuidado de salud en el hogar, los expedientes de otros profesionales de la salud y los informes de las pruebas. Esta documentación debe estar a disposición del proveedor cuando se solicite.

Si la MWC va a ser usada dentro del hogar y no se cumplen los siguientes criterios de cobertura, la MWC se denegará por no ser razonable ni necesaria. Si la MWC es solo para uso fuera del hogar, se denegará como no cubierta/sin beneficio, ya que el beneficio de Equipo Profesional Duradero (DME) requiere del uso dentro del hogar para que sea elegible para cobertura. Si la base del MWC no está cubierta, todos los accesorios relacionados serán denegados por no ser razonables y necesarios.

Criterios Generales de Cobertura

Una MWC, descrita por el código HCPCS K0001, para uso dentro del hogar está cubierta si se cumplen los siguientes criterios generales de cobertura A-E y G o F

- A. El paciente tiene una limitación de la movilidad que afecta significativamente su capacidad para participar en una o más actividades de la vida diaria relacionadas con la movilidad (MRADL), como ir al baño, alimentarse, vestirse, arreglarse y bañarse en los lugares habituales de la casa. Una limitación de movilidad es aquella que:
 - Evita que el paciente cumpla con una MRADL por completo o
 - Coloca al paciente en un riesgo mayor de morbilidad o mortalidad secundario al intento de realizar una MRADL o
 - Impide que el paciente complete una MRADL dentro de un periodo de tiempo razonable
- B. La limitación de movilidad del paciente no puede resolverse suficientemente mediante el uso de un bastón o andador debidamente ajustado y

- C. La casa del paciente tiene el acceso adecuado entre habitaciones, el espacio para maniobrar la silla y las superficies adecuadas para el uso de la MWC que se proporciona y
- D. El uso de una MWC mejorará significativamente la capacidad del paciente para participar en las MRADL y el paciente la usará regularmente en la casa y
- E. El paciente no ha expresado su falta de voluntad para usar la MWC que se proporciona en la casa y
- F. El paciente tiene suficiente función en las extremidades superiores y otras capacidades físicas y mentales necesarias para auto propulsarse de manera segura en la MWC que se proporciona, dentro de la casa y durante un día típico. (las limitaciones de fuerza, resistencia, rango de movimiento, coordinación, presencia de dolor, deformidad o ausencia de una o ambas extremidades superiores son relevantes para la evaluación de la función de las extremidades superiores) o
- G. El paciente tiene un cuidador que está disponible, tiene la voluntad y es capaz de brindar asistencia con la silla de ruedas

Nota: Una Silla de Transporte (códigos HCPCS E0137, E0138 y E1039) está cubierta como alternativa a una silla de ruedas manual estándar (K0001) si se cumplen los criterios generales de cobertura A-E y G anteriores. Si se solicita la documentación de la necesidad médica de la silla de transporte, esta debe incluir una descripción de por qué el paciente no puede usar una silla de ruedas manual (códigos HCPCS K0001, K0002, K0003, K0004 y K0005) por sí mismo y proporcionar información específica de que el paciente tiene un cuidador que está disponible, tiene la voluntad y es capaz de brindar asistencia con la silla de ruedas.

Criterios Específicos de Cobertura

Además de los criterios generales de cobertura anteriores (A-E y G o F), una base para una MWC descrita por los códigos HCPCS E1161, K0002, K0003, K0004, K0005, K0006, K0007 y K0008, está cubierta si también se cumplen los siguientes criterios de cobertura específicos:

- E1161 (silla de ruedas manual, tamaño adulto, incluye inclinación en el espacio):
 - 1. El paciente debe tener una evaluación especializada realizada por un profesional médico con licencia/certificado (LCMP), como un fisioterapeuta (PT) o un terapeuta ocupacional (OT) o un profesional/médico tratante que tenga capacitación específica y experiencia en evaluaciones de sillas de ruedas de rehabilitación y que documente la necesidad médica de la silla de ruedas y sus características especiales. El/la LCMP no puede tener ninguna relación económica con el proveedor (excepción: si el proveedor es propiedad de un hospital, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o el profesional que trabaja en el ámbito hospitalario para pacientes ambulatorios o internados puede realizar la evaluación del especialista) y
 - 2. LA E1161 es proporcionada por un proveedor de tecnología de rehabilitación (RTS) que emplea a un profesional de tecnología de asistencia (ATP) certificado por RESNA que se especializa en sillas de ruedas y que participa directamente en persona en la selección de la silla de ruedas para el paciente
- K0002 (silla de ruedas estándar hemi (asiento bajo):
 - 1. Cuando el paciente requiere una altura de asiento más baja (17" a 18") debido a su baja estatura o para permitir que el paciente coloque los pies en el suelo para impulsarse
- K0003 (silla de ruedas liviana):
 - 1. El paciente no puede auto propulsarse en una silla de ruedas estándar en la casa y
 - 2. El paciente puede y se auto propulsa en una silla de ruedas liviana

- K0004 (silla de ruedas ligera y de alta resistencia):
 1. El paciente auto propulsa la silla de ruedas mientras realiza actividades frecuentes en la casa que no se pueden realizar en una silla de ruedas estándar o liviana o
 2. El paciente requiere un asiento con un ancho, una profundidad o una altura que no se puede acomodar en una silla de ruedas estándar, liviana o de asiento bajo y pasa al menos dos horas por día en la silla de ruedas
 - Nota: una silla de ruedas liviana y de alta resistencia rara vez es razonable y necesaria si la duración esperada de la necesidad es de menos de tres meses (por ejemplo, recuperación posoperatoria)
- K0005 (silla de ruedas ultraliviana):
 1. La documentación debe demostrar que el paciente es un usuario de una MWC a tiempo completo y debe incluir si el paciente es completamente independiente en el uso de la MWC y una descripción de las actividades rutinarias y frecuentes del paciente o
 2. El paciente debe requerir adaptaciones y ajustes individualizados para una o más funciones como (entre otras), la configuración del eje, la inclinación de las ruedas o los ángulos del asiento y el respaldo, que no pueden adaptarse a una MWC K0001 a K0004 y
 3. El paciente debe tener una evaluación especializada realizada por un LCMP, como un PT o OT o un profesional/profesional tratante que tenga capacitación específica y experiencia en evaluaciones de rehabilitación de sillas de ruedas, y que documente la necesidad médica de la silla de ruedas y sus características especiales. El/la LCMP no puede tener ninguna relación económica con el proveedor (excepción: si el proveedor es propiedad de un hospital, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o el profesional que trabaja en el ámbito hospitalario para pacientes ambulatorios o internados puede realizar la evaluación del especialista) y
 4. La silla de ruedas es provista por un proveedor de tecnología de rehabilitación (RTS) que emplea a un profesional de tecnología de asistencia (ATP) certificado por la Sociedad de Ingeniería de Rehabilitación y Tecnología de Asistencia de América del Norte (RESNA) que se especializa en sillas de ruedas y que tiene una participación directa y personal en la selección de silla de ruedas para el paciente
- K0006 (silla de ruedas de trabajo pesado):
 1. El paciente pesa más de 250 libras o
 2. El paciente tiene espasticidad severa
- K0007 (silla de ruedas de trabajo extrapesado):
 1. El paciente pesa más de 300 libras
- K0008 (silla de ruedas/base manual personalizada hecha la medida):
 1. Incluya la configuración de la MWC/base construida de manera única o modificada sustancialmente para un paciente específico de acuerdo con la descripción y la(s) orden(es). Para que el profesional tratante del paciente respalte que se requiere que la MWC/base personalizada, debe abordar específicamente la salud física o mental del paciente, las deficiencias funcionales que no se pueden resolver con uno de los otros tipos de MWC y con accesorios e incluir las necesidades individuales del asiento y
 2. Una combinación adecuada de los sistemas de asientos para sillas de ruedas, cojines, opciones o accesorios (prefabricados o fabricados a la medida), de tal manera que se requiera la construcción individual de una base/MWC individual única
 - Nota: una base de MWC personalizada no es razonable ni necesaria si la duración prevista de la necesidad es inferior a tres meses (P. Ej., recuperación posoperatoria)

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 “MWC” (<https://www.cms.gov/Medicare-Coverage-database/view/lcd.aspx?LCDId=33788>) y en el Artículo de la Política relacionado <https://www.cms.gov/Medicare-Coverage-Database/view/article.aspx?articleId=52497> , localizados en la base de Datos de Cobertura de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database>.

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

Sinceramente,

Smitha M. Ballyamanda MD, CAQSM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción A
Noridian Healthcare Solutions, LLC

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

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

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