



CGS®

A CELERIAN GROUP COMPANY

**EQUIPOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA (RAD) PARA DESORDENES
TORÁCICOS RESTRICTIVOS**
Revisado noviembre 2025

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Medicare provee reembolso por los equipos de presión positiva para la vía aérea de dos niveles (PAP) con o sin frecuencia de respaldo, para el tratamiento de los desórdenes torácicos restrictivos (P.Ej. enfermedades neuromusculares o anormalidades severas de la caja torácica) cuando se cumplen ciertos criterios de cobertura específicos. La cobertura también está disponible para los pacientes con apnea central del sueño (CSA), apnea del sueño compleja (CompSA), síndrome de hipovenilación y falla respiratoria crónica (CRF) como consecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD). La información incluida en esta carta tiene la intención de ayudarle a documentar que su paciente cumple con los criterios de Medicare para la cobertura inicial de un equipo de asistencia respiratoria (RAD) para los desórdenes torácicos restrictivos. Están disponibles otras cartas “Respetado Doctor” acerca de los criterios de cobertura para otros diagnósticos.

Los requisitos para la cobertura de un equipo de RAD para los desórdenes torácicos restrictivos (P. Ej. enfermedades neuromusculares o anormalidades severas de la caja torácica) están descritos en el siguiente extracto de la LCD de RAD.

Desórdenes torácicos restrictivos

Un E0470 o E0471 está cubierto si se cumplen los criterios A al C.

- A.** Hay documentación en el expediente médico del paciente acerca de la enfermedad neuromuscular (por ejemplo, esclerosis amiotrófica lateral) o una anormalidad severa da la caja torácica (por ejemplo, post toracoplastia por TB).
- B.** Uno de los siguientes:
 - a.** La PaCO₂ en los gases en sangre arterial, hecha mientras está despierto y respirando la FIO₂ recetada para el paciente, es mayor o igual a 45 mm Hg o
 - b.** La oximetría durante el sueño demuestra que la saturación de oxígeno es menor o igual a 88% en un tiempo de registro nocturno de 5 minutos o mas (tiempo mínimo de registro de 2 horas), hecha mientras el paciente está respirando la FIO₂ recetada o
 - c.** Para una enfermedad neuromuscular (solamente) ya sea “i” o “ii”
 - i. Presión máxima inspiratoria menor de 60 cm H₂O o
 - ii. Capacidad vital forzada menor del 50% estimado
- C.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica no contribuye significativamente a la limitación pulmonar del paciente

Si los criterios anteriores se cumplen, el equipo E0470 o el E0471 (basándose en el juicio del profesional tratante) estará cubierto para los tres primeros meses de terapia.

Si los criterios anteriores no se cumplen, el equipo E0470 o E0471 y los accesorios relacionados se denegarán como no razonables ni necesarios.

En el caso de una auditoría, su expediente médico puede ser usado para demostrar que los criterios anteriores se cumplen para su paciente. Lo animamos a que en su expediente mencione a fondo todos los requisitos que apliquen en el momento en el cual usted está recetando el equipo de RAD.

Adicionalmente a los requisitos de cobertura inicial discutidos anteriormente, todos los pacientes que estén usando un RAD deben tener una reevaluación durante el tercer mes de uso. La evaluación debe ser documentada en su expediente, para que Medicare continúe pagando por el RAD después del tercer mes. Los requisitos de la reevaluación son:

No antes del día 61 después de haber iniciado la terapia, usted debe conducir una reevaluación clínica y documentar que su paciente cumple con el uso y se beneficia con la terapia con RAD. Esto se demuestra con:

- Una visita con su paciente en persona o a través de Telemedicina aprobada por Medicare el día 61 o posteriormente después de iniciado el uso (no antes del día 61) que demuestre:
 - Documentación en el expediente médico acerca del progreso de los síntomas relevantes y el uso del equipo por parte del paciente hasta ese momento.
 - Una declaración firmada y con fecha de firma elaborada por el profesional tratante no antes de los 61 días después de haber iniciado el uso del equipo, declarando que el paciente está en cumplimiento con el uso del equipo (un promedio de 4 horas por periodo de 24 horas) y que el paciente se beneficia con su uso

Es importante permanecer en comunicación con la compañía de DME de su paciente o usted mismo rastrear el cumplimiento, para que de esa manera su pueda programar la visita de seguimiento no antes de los 61 días después de iniciada la terapia.

Esta carta solamente brinda detalles limitados de la cobertura del RAD para los desórdenes torácicos restrictivos (P. Ej. enfermedades neuromusculares o anomalías severas de la caja torácica). Revise la LCD de los Equipos de Asistencia Respiratoria, el Artículo de la Política y el Artículo de Documentación Estándar para Todas las Reclamaciones Enviadas a los DME MAC, para obtener información adicional acerca de los requisitos de cobertura de Medicare, codificación y documentación.

Sinceramente,

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

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

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

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