



Equipos de Oscilación de Alta Frecuencia par la Pared del Tórax

DOCUMENTACION REQUERIDA

☐ **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 (P. Ej. HFCWO, sistema de oscilación de la pared del tórax), un código HCPCS, la descripción del código HCPCS o la marca y número de modelo
 - ☐ Para equipo: además de la descripción del equipo de base, la SWO puede incluir todos los accesorios o características adicionales que se van a facturar por separado o que requieren un código "Upgraded" (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 en la orden escrita debe cumplir con los **Requisitos de Firma de CMS del 100- 08 Program Integrity Manual (PIM)**, capítulo 3, sección 3.3.2.4
- ☐ La orden escrita estándar se obtuvo antes de enviar la reclamación a Medicare
- ☐ Cualquier cambio o corrección debe ser firmado o tener las iniciales del profesional tratante y tener la fecha de firma

☐ **Documentación de Entrega**

Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo con Número de Rastreo	Servicio de Envío o Correo con Firma de Recibido
☐ Nombre del beneficiario ☐ Dirección de entrega ☐ Cantidad entregada ☐ Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (P. Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca y modelo. ☐ Firma de la persona que acepta la entrega ☐ Relación con el beneficiario ☐ Fecha de entrega	☐ Documento de envío ☐ Nombre del beneficiario ☐ Dirección de entrega ☐ Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (P.Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca y modelo. ☐ Cantidad enviada ☐ Documento de Rastreo ☐ Referencia para cada paquete individual ☐ Dirección de entrega ☐ Número de identificación del paquete ☐ Fecha de envío ☐ Fecha de entrega ☐ Un número de referencia que vincule la factura de envío con el documento de rastreo – puede ser escrito por el proveedor en uno o en ambos formularios (ID del paquete, número de orden, etc.)	☐ Documento de envío ☐ Nombre del beneficiario ☐ Dirección de entrega ☐ Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (P.Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca y modelo. ☐ Cantidad enviada ☐ Fecha de envío ☐ Firma de la persona que acepta el despacho ☐ Relación con el beneficiario ☐ Fecha de entrega

NOTA: Si el proveedor utiliza un servicio de envío o envío por correo, tiene dos opciones para la fecha de servicio (DOS) para usar en la reclamación

1. Los proveedores pueden usar la fecha de envío como fecha de servicio (DOS). La fecha de envío se define como la fecha en que se crea la etiqueta del servicio de entrega o envío o la fecha en que el servicio de envío recoge el artículo para su entrega. Sin embargo, estas fechas no deberían mostrar una variación significativa.



Equipos de Oscilación de Alta Frecuencia par la Pared del Tórax

2. Los proveedores pueden usar la fecha de entrega como fecha de servicio (DOS) en la reclamación

Expedientes Médicos

- ☐ Los equipos de oscilación de alta frecuencia par la pared del tórax (HFCWO) están cubiertos para los beneficiarios que cumplen con:
 - ☐ Criterio 1, 2 o 3 y
 - ☐ Criterio 4
 - ☐ 1. Hay un diagnóstico de fibrosis quística
 - ☐ 2. Hay un diagnóstico de bronquiectasias el cual ha sido confirmado con un "CT scan" de alta resolución, espiral o estándar las cuales se caracterizan por:
 - ☐ Tos productiva diaria por lo menos por seis meses continuos
 - ☐ Exacerbaciones frecuentes (más de dos al año) que requieren terapia con antibióticos
 - ☐ 3. El beneficiario tiene uno de los siguientes diagnósticos de enfermedad neuromuscular (revise la lista de códigos ICD-10 en el artículo de la política relacionado para saber los diagnósticos que aplican)
 - ☐ Post polio
 - ☐ Deficiencia de la maltasa acida
 - ☐ Enfermedades de las células del asta anterior
 - ☐ Esclerosis múltiple
 - ☐ Cuadriplejia
 - ☐ Distrofia muscular hereditaria
 - ☐ Desordenes miotónicos
 - ☐ Otras miopatías
 - ☐ Parálisis del diafragma
 - ☐ 4. La falla de los tratamientos estándar para movilizar las secreciones retenidas está ampliamente documentada
- ☐ Los diagnósticos que aplican para el HFCWO deben estar en la reclamación. La sola presencia de los diagnósticos no justifica la cobertura
- ☐ Hay información en el expediente médico del beneficiario que describa de manera detallada las condiciones médicas subyacentes que causan la acumulación de las secreciones pulmonares, las intervenciones terapéuticas (por ejemplo y entre otros, fisioterapia del tórax, drenaje postural, medicamentos usados, modalidades mecánicas tales como equipos de inspiración y espiración) y la efectividad del tratamiento.

PARA TENER EN CUENTA

- El remplazo de los suministros A7025 y A7026 usados con un equipo de propiedad del beneficiario, están cubiertos si el beneficiario cumple con los criterios enumerados anteriormente para el equipo de base
- Modificadores KX, GA y GZ
 - Para el equipo HFCWO y para sus accesorios (E0483, A7025 y A7026) debe usarse el modificador KX junto con el código, solamente cuando se han cumplido los criterios de cobertura descritos en la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones o Necesidad Medica de la LCD relacionada
 - Si NO se cumplen todos los criterios de cobertura descritos en la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones o Necesidad Medica de la LCD relacionada, debe agregarse el modificador GA o GZ al código
 - Las líneas de las reclamaciones facturadas sin los modificadores GA, GY o GZ serán rechazadas por falta de información
- Reclamaciones por expansión pulmonar y despeje de vías respiratorias, oscilación continua de alta frecuencia y equipos de nebulización (E0469).
 - El E0469 representa un equipo respiratorio especializado que integra tres funciones esenciales: expansión pulmonar, despeje de vías respiratorias con oscilación de alta



Equipos de Oscilación de Alta Frecuencia par la Pared del Tórax

frecuencia y nebulización. El E0483 se considera que está incluido en el pago del E0469 y solamente se pagará por las fechas de servicio anteriores a la facturación del E0469.

RECURSOS EN LÍNEA

- **Determinaciones Locales de Cobertura o LCD**
 - <https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.html>
- **Manual del Proveedor del DME MAC**
 - <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- **Carta Respetado Doctor para "Despeje de las vías aéreas: equipos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia y equipos mecánicos de insuflación y exuflación. Requisitos de la documentación médica"**
 - <https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/pdf/dpl-sp-airway-clearance.pdf>
- **Artículo de Facturación del E0469 "Lung Expansion Airway Clearance, Continuous High Frequency Oscillation, and Nebulization Device (HCPCS Code E0469)—Correct Coding and Billing of HCPCS"**
 - <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2025/07/cope181758.html>

NOTA: Se espera que los expedientes médicos del beneficiario reflejen la necesidad del cuidado proporcionado. Estos expedientes no deben enviarse de manera rutinaria al DME MAC, pero deben estar disponibles si son 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 en el expediente del beneficiario.

EXENCIÓN 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 y la Política de Determinación de la Cobertura Local o LCD y el Artículo de la Política, para obtener los detalles completos y exactos de las políticas y las regulaciones.